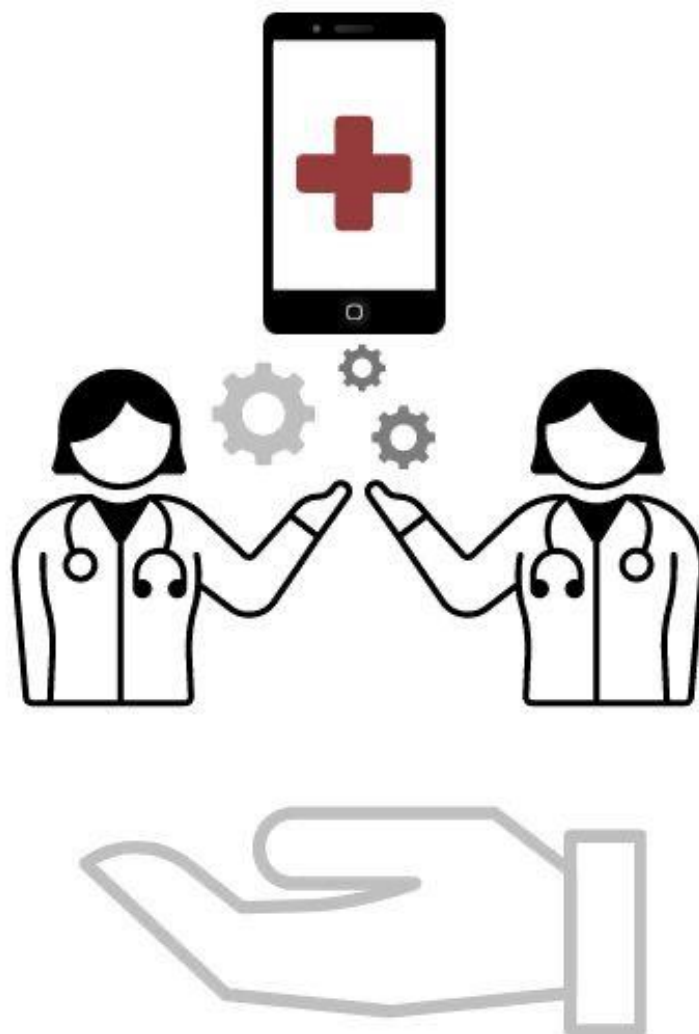


Implementering af Den Digitale Forløbsguide

*En kvalitativ undersøgelse af, hvordan klinikere kan understøttes i
implementeringsprocessen*



Speciale, Aalborg Universitet

Kandidatuddannelsen IT, læring og organisatorisk omstilling

Skrevet af: Anne Emilie Drastrup, studienummer 20134553

Vejleder: Lars Birch Andreassen

Afleveringsdato: 31. maj 2024

Abstract

The purpose of this thesis is to examine how the clinicians in hospitals in the Central Jutland region implementing the digital app for patient information “Den Digitale Forløbsguide” can be supported in their implementation process. The study was carried out with the involvement of several hospital departments in the Central Jutland region as well as representatives of Den Digitale Forløbsguide consisting of implementation consultants with the aim of creating a broader understanding of how the implementation process takes place. The thesis endeavors to investigate, which factors are the most significant for this type of implementation driven by clinicians, and to discuss how these factors can be barriers or facilitators for the success of their implementation. In continuation of this, the study analyses and discusses how specific interventions and measures can be designed to support the clinicians in the identified factors throughout the implementation process.

The thesis is a qualitative case-study inspired by the hermeneutic approach to research where data is collected and analysed continuously. Therefore, the thesis is built by different steps consisting of several smaller iterative studies which are divided into three main chapters.

Chapter one focuses on identifying the problem. Through an explorative study of existing evaluations of the Forløbsguide, interviews with implementation consultants, and field observations at implementation meeting in hospitals the need for understanding the implementation process and the challenges within is identified and the research question is formed.

In chapter two the thesis designates six overall factors that can impact the clinicians’ implementation process through uncovering existing research literature on factors influencing implementation processes in hospitals and by analysing semi-structured interviews with clinicians plus participant observations at evaluation meetings. The factors consist of: time to work with the Forløbsguide, the formation of the project group, the nature of the patient process, the design and technical functions of the app, goal setting and evaluation of results, and anchoring of new workflows.

The findings from chapter two are further explored in chapter three through a focus group interview with implementation consultants, and combined with change management theories it is discussed how interventions can be designed to support the clinicians’ implementation process. The analysis results in specific recommendations pointed towards the management of the Region, the implementation consultants, and the clinicians and their managers involved in the project. The interventions revolve around goal setting,

maintenance and anchoring of the change, expansion of the role and involvement of the consultants, recognition of the clinicians' competences, and better knowledge sharing and networking.

Although the iterative project design of this thesis is comprehensive through continuous collecting and analysis of data, prioritizing the pilot study to identify a relevant research question and giving space to the process of the continuous movement between understanding and interpretation is considered valuable in creating a deep understanding of the implementation practice of this case.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	6
1.1. Specialets formål	6
1.2. Problemformulering	6
1.3. Præsentation af specialesamarbejde	7
2. Projektdesign og læsevejledning	10
2.1. Projektmodel	11
3. Videnskabsteoretiske refleksioner	12
4. Ethiske refleksioner	14
 DEL 1: PROBLEMIDENTIFIKATION	 17
5. Metode	17
5.1. Trin 1: Desk research	17
5.2. Trin 2: Uformelle interviews	17
5.3. Trin 3: Ustrukturerede deltagerobservationer	18
6. Udfoldelse af nysgerrig undersøgelse	21
6.1. Trin 1: Hvordan opleves Forløbsguiden af klinikere og patienter?	21
6.2. Trin 2: Hvad er særligt for implementeringen af Forløbsguide?	22
6.3. Trin 3: Hvordan foregår implementeringsprocessen i praksis?	26
7. Opsummering af DEL 1	29
 DEL 2: UDPEGNING AF BETYDNINGSFULDE FAKTORER	 33
8. Trin 4: Litteraturstudie af eksisterende forskning	33
8.1. Søgestrategi	33
8.2. Diskussion af litteraturstudiet	36
8.3. Artiklernes fund	37
9. Metoder til empiri-indsamling	42
9.1. Trin 5: Fokuserede deltagerobservationer	42
9.2. Trin 6: Semistrukturerede interviews	42
10. Analyse af faktorer	45
10.1. Tid til at arbejde med Forløbsguiden	45

10.2. Arbejdsgruppens udformning	47
10.3. Karakteren af patientforløbet	49
10.4. Appens teknik og opbygning	51
10.5. Målsætning og evaluering af resultater	52
10.6. Forankring af nye arbejdsgange	54
11. Opsamling på DEL 2	55
 DEL 3: ANALYSE AF ANBEFALINGER TIL UNDERSTØTTELSE AF IMPLEMENTERING	57
12. Metode til empiri-indsamling	57
12.1. Trin 7: Fokusgruppeinterview	57
12.2. Abduktiv analysestrategi	60
13. Teori om forandringsledelse	61
13.1. Præsentation af Kotters 8-trinsmodel	61
13.2. Præsentation af Joseph Grenny's "Six Sources of Influence"	64
13.3. Diskussion af teori	67
14. Analyse	69
14.1. Anbefaling om målsætning	69
14.2. Anbefaling om vedligehold og forankring	73
14.3. Anbefaling om udbygning af konsulenternes rolle	77
14.4. Anbefaling om anerkendelse af klinikernes kompetencer	78
14.5. Anbefaling om netværk og informationsflow	80
15. Opsamling på DEL 3	84
 16. Diskussion af specialet og dets fund	85
17. Konklusion	88
18. Referencer	91
20. Bilagsoversigt	94

1. Indledning

1.1. Specialets formål

Dette speciale er et kvalitativt casestudie, som undersøger fænomenet *implementering* i en afgrænset kontekst bestående af udvalgte sygehusafdelinger i Region Midtjylland. Specialet har fokus på, hvordan implementeringsprocesser kan understøttes ud fra en undersøgelse af forskellige faktorer og deres betydning for afdelingernes implementering af en digital løsning til patientinformation i form af Den Digitale Forløbsguide.

1.2. Problemformulering

Formålet med specialet er derfor en bestræbelse på at besvare følgende problemformulering:

Hvordan og hvorvidt kan klinikerne i Region Midtjylland understøttes bedre i deres implementering af Den Digitale Forløbsguide ud fra en analyse af betydningsfulde faktorer for implementeringsprocessen?

Denne problemformulering medfører et behov for først at skabe en forståelse for, hvordan klinikernes implementeringsproces foregår. Specialet bestræber sig herefter på at undersøge, hvilke faktorer, der er betydningsfulde i den kliniker-drevne implementering på sygehusene i Region Midtjylland. Undersøgelsen analyserer og diskuterer i forlængelse heraf, hvordan klinikerne kan understøttes ud fra forståelsen for disse faktorer med målet om en succesfuld implementering af Forløbsguiden, hvorfra der opstilles anbefalinger til tiltag i implementeringsprocessen. Undersøgelsen er gennemført med inddragelse af 8 forskellige sygehusafdelinger i Region Midtjylland samt repræsentanter for Forløbsguiden i form af implementeringskonsulenter i IT-afdelingen for at skabe en nuanceret forståelseshorisont af implementeringsprocessen som fænomen.

Specialets problemfelt indeholder perspektiver på samtlige tre "ben" (IT, læring, og organisatorisk omstilling), som ILOO-uddannelsen balancerer på. Der inddrages et IT-perspektiv via en digital app-løsning til patientinformation som omdrejningspunkt. Læringsaspektet inddrages løbende via analyser bl.a. omhandlende medarbejderes kompetenceudvikling og adfærdændring. Og endeligt inddrages et perspektiv om organisatorisk omstilling via undersøgelse af fænomenet *implementeringsproces* med sygehuset som organisation og hertil teori om forandringsledelse.

1.2.1 Uddybning af begreber i problemformulering

Ved at inddrage ordet *hvorvidt* gives der plads til også at kunne afvise, at klinikerne kan understøttes bedre ud fra analysen af faktorer, hvis dette skulle blive et resultat af undersøgelsen.

Med ordet *klinikere* menes de sygehusmedarbejdere, der er en del af den arbejdsgruppe i sygehusafdelingen, som implementerer Forløbsguiden. Klinikere kan i specialet bestå af afdelingsledere, udviklings- og specialsygeplejersker, almindelige sygeplejersker, fysioterapeuter og lægesekretærer.

Med ordet *implementeringsproces* omfavnes hele processen fra en afdelings første information om Forløbsguiden til tiden efter at løsningen er taget i brug i praksis i afdelingen.

Betydningsfulde faktorer skal forstås bredt som både materialitet, strukturelle og organisatoriske forhold samt sociale og psykologiske faktorer, som har den fællesnævner, at de vurderes at have indflydelse på, hvordan implementeringen forløber for klinikerne, og derfor både kan være faciliterende eller barrierer for en vellykket implementering.

1.3. Præsentation af specialesamarbejde

I dette afsnit præsenteres specialesamarbejdet med Region Midtjyllands IT-afdeling og den digitale løsning, der er i fokus for undersøgelsen i form af Den Digitale Forløbsguide.

Jeg har opsøgt et specialesamarbejde med Region Midtjyllands IT-afdeling, fordi jeg interesserer mig for digitale løsninger i sundhedssektoren qua min baggrund som jordemoder. Mine ønsker til samarbejdet var, at det skulle omhandle sundhedsteknologi, og jeg skabte et samarbejde med en implementeringskonsulent i projektet om Den Digitale Forløbsguide i Region Midtjylland, som har baggrund som jordemoder og nu arbejder med at implementere denne løsning ude på sygehusafdelinger. Jeg kendte ikke til Den Digitale Forløbsguide på forhånd, men fandt emnet interessant. Samarbejdet har ikke indeholdt et krav om fokus på en bestemt problemstilling, og kontaktpersonens rolle har derfor været at facilitere min adgang til feltet.

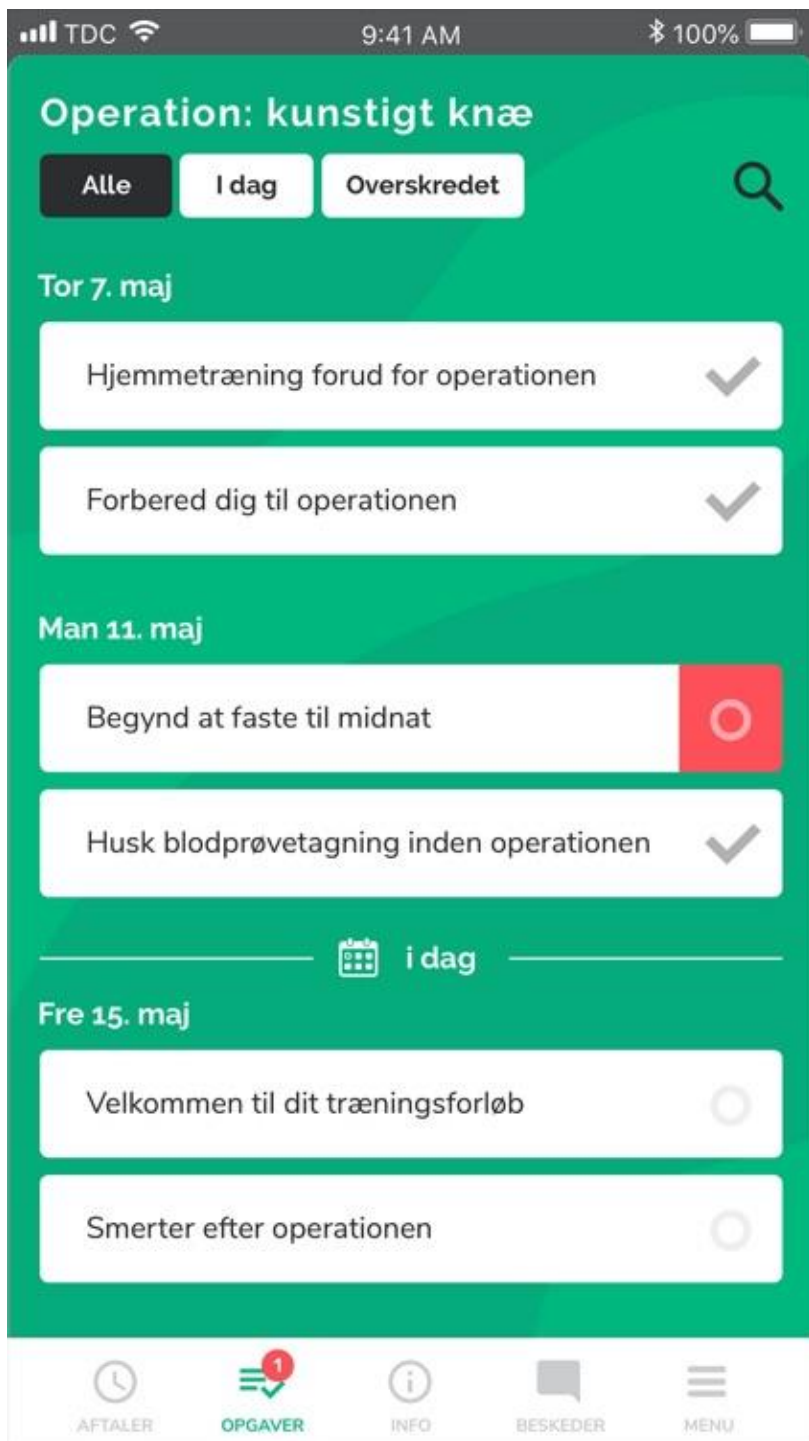
1.3.1 Præsentation af Den Digitale Forløbsguide

Den Digitale Forløbsguide, som fremover omtales "Forløbsguiden", er en app, der indeholder skræddersyet information målrettet en patients forløb på sygehuset (Region Midtjylland, 2024). Forløbsguiden er udviklet af virksomheden Emento, som beskriver, at de over en årrække har udviklet og gennemprøvet Forløbsguiden i samarbejde med udvalgte Regioner og hospitaler – her særligt Region Midtjylland og AUH – og at de kan dokumentere, at den har en positiv effekt på patienterne (Emento, u.d.). Region Midtjylland har nu købt

løsningen, hvorved alle regionens afdelinger har mulighed for at benytte Forløbsguiden. Regionen har benyttet Forløbsguiden siden 2017, og det er frivilligt, om en afdeling ønsker at implementere den. Forløbsguidens teknologiske system kan deles op i to sider: den administrative side og brugersiden (det patienten ser). På den administrative side består Forløbsguiden af en browserbaseret løsning, hvor de ansatte kan lægge information ind i form af tekst, billeder og video. De kan designe forløb, hvor information er koblet op på enten *opgaver* eller *aftaler*, og som kan lægges ind tidsmæssigt relevant ift. patientforløbet. Derudover kan de svare på beskeder fra patienterne via chatfunktionen *Beskeder*. Den browserbaserede del kan fremvise statistik over brugernes anvendelse af appen.

På brugersiden af løsningen består Forløbsguiden af en app ved navn Emento. Her logger brugeren ind med MitID og præsenteres for det forløb, som personalet har bygget.

Et eksempel på et forløb kan være til en patient, som skal have indopereret et kunstigt knæ, som figur 1 nedenfor viser. For denne patient kan appens fane *Aftaler* indeholde tiden for operation med tilkobling af specifik information, som patienten bør læse forud for aftalen. Under fanen *Opgaver* kunne der fx ligge et spørgeskema, som skal udfyldes forud for indlæggelsen eller en påmindelse om, hvornår patienten skal begynde at faste. Efter indgrebet kan der under *Opgaver* ligge information om, hvordan patienten skal udføre genoptræning, fx med videoer af øvelser, der tidsmæssigt lægges ind, så det passer til patientens genoptræningsforløb. Region Midtjylland beskriver, at Forløbsguiden ikke skal være en erstatning for patientens øvrige kontakt med hospitalet, men ses som et supplement til denne (Region Midtjylland, 2024).



Figur 1 skærbillede fra eget test-forløb i appen

2. Projektdesign og læsevejledning

Jeg har fra starten af specialet ønsket at gå åbent og nysgerrig til undersøgelsen af Forløbsguiden ved at benytte en iterativ tilgang, som er karakteriseret ved løbende indsamling og analyse af empiri. På næste side har jeg illustreret specialets overordnede opbygning, som her forklares, for at vejlede læseren i processen.

Modellen viser, at specialet er opdelt i en forundersøgelse og en hovedundersøgelse.

Forundersøgelsen kaldes DEL 1 og består af en eksplorativ problemidentifikation, som er bygget op af 3 iterative trin af dataindsamling, hvor 1. trin leder frem til 2. trin osv. Her skabes en indledende forståelse for Forløbsguiden og overblik over problemfeltet. Trin for trin skærpes fokus i undersøgelsen til at omhandle fænomenet implementeringsprocessen, og resultatet af DEL 1 er identifikationen af en relevant problemformulering. Jeg har valgt at udføre denne problemidentifikation som en reel undersøgelse i sig selv, da jeg ønsker at være eksplicit omkring, hvordan der er fundet frem til en problemformulering og begrunde, hvorfor denne er relevant. Også derfor er indledningen forud for DEL 1 holdt kort, da læseren tages med i en løbende udforskning af Forløbsguiden.

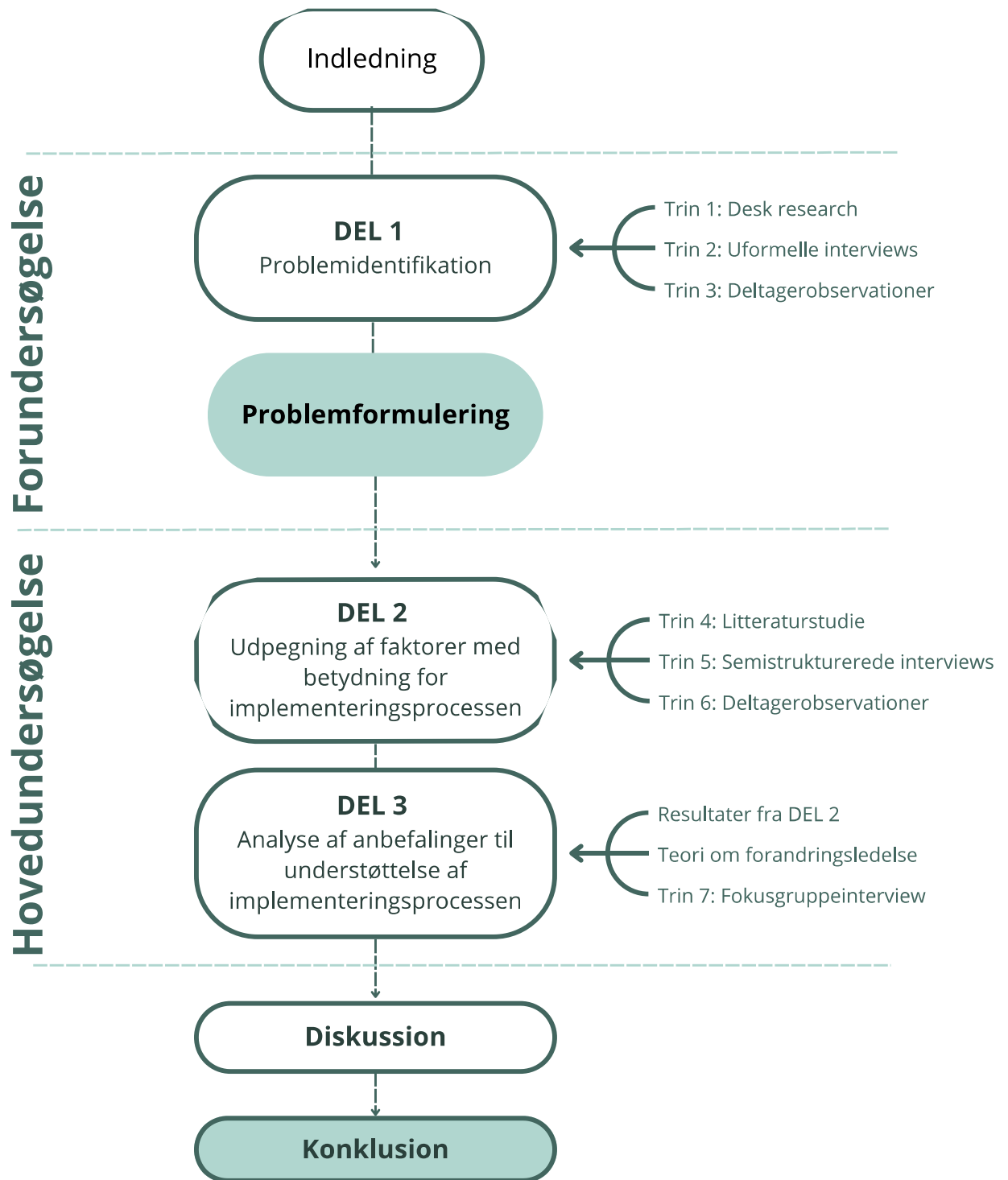
Identifikationen af problemformuleringen danner grundlag for at foretage hovedundersøgelsen, som består af DEL 2 og DEL 3.

I DEL 2 foretages en analyse af, hvilke faktorer, der har betydning for implementeringsprocessen med inddragelse af eksisterende forskning, interviews med klinikere og observationer fra feltet. Forståelsen for disse faktorer danner grundlag for DEL 3, hvor teori om forandringsledelse og fokusgruppeinterview med implementeringskonsulenter i samspil bidrager til analyse og diskussion af, hvordan implementeringsprocessen kan understøttes bedre. Resultatet af hovedundersøgelsen er en besvarelse af problemformuleringen, hvorunder betydningsfulde faktorer præsenteres og anbefalinger til at understøtte implementeringen opstilles.

Slutteligt diskuteres analysernes fund, anvendte teorier og metoder, og i konklusionen samles resultaterne af specialets undersøgelse.

Specialet er opstillet dramaturgisk ift. hvordan undersøgelserne er foregået i virkeligheden, hvilket betyder, at der for hver af de tre del-kapitler findes eget metodeafsnit. Denne iterative proces er inspireret af den hermeneutiske tilgang til undersøgelser, hvilket forklares yderligere i næste afsnit om videnskabsteoretiske refleksioner.

2.1. Projektmodel



Figur 2 Projektmodel, Egen illustration

3. Videnskabsteoretiske refleksioner

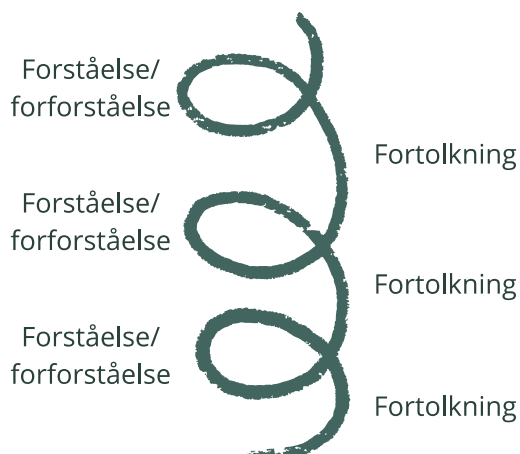
Specialets metodologiske tilgang til undersøgelsen er inspireret af hermeneutikkens metodelære, hvilket afspejles i det iterative design indeholdende løbende cirkulært arbejde mellem forforståelse og fortolkning og mellem del og helhed. I specialet forstås hermeneutik overordnet set som en fortolkningsvidenskab, hvorigennem man forsøger at fortolke og forstå et fænomen: "Hermeneutikken udgør en videnskabelig tilgang, der søger at fortolke og dermed forstå, hvordan mennesker på baggrund af bestemte erfaringer, viden og perspektiver oplever og tilskriver mening til ting, begivenheder og fænomener" (Kristiansen, 2017, s. 205).

Det karakteristiske for den hermeneutiske tilgang er, at jeg som undersøger bringer min egen forståelseshorisont med ind undervejs i undersøgelsesprocessen og derigennem aktiv udnytter min såkaldte *forforståelse* til yderligere undersøgelse af fænomenet, hvilket kan forklares således: "Den bærende analytiske procedure i en hermeneutisk analyse er nemlig en fortolkning af fænomener, der tager afsæt i den forståelse af det studerede fænomen, forskeren har på forhånd" (Kristiansen, 2017, s. 208).

Undervejs i undersøgelsen fortolkes ny empiri, som udfordrer og ændrer min eksisterende forståelse til en ny forforståelse af fænomenet, som så tages med videre i næste undersøgelse. Denne proces skal ses som en cirkulær proces (se billede) bestående af fortolkningstrin, hvor data analyseres løbende som den indsamles, hvilket skaber en gradvis styrket forståelse af det fænomen, jeg undersøger. Derfor har jeg kaldt hver ny iteration i dataindsamlingen for et *trin*, som vist i projektmodellen.

Udover bevægelsen mellem forståelse og fortolkning tager jeg også inspiration af hermeneutikkens blik på del og helhed. Med en hermeneutisk tilgang forsøger man at forstå dele i lyset af helheden

og omvendt at forstå helheden på baggrund af de dele, den består af (Kristiansen, 2017, s. 199). Dette kommer især til udtryk ved, at specialet undersøger en række forskellige betydningsfulde faktorer (dele af helheden), med det formål at forstå, hvordan de har betydning for implementeringsprocessen (helheden). På samme måde udgør de opstillede anbefalinger delelementer, som gennem deres indbyrdes sammenhæng og relation til faktorerne, giver en helhedsforståelse af implementeringen af Forløbsguiden. Desuden kan hver af de inddragede sygehusafdelinger betragtes som dele, som kan bidrage til forståelsen af Region Midtjyllands sygehuse som helhed.



Figur 3 Hermeneutisk spiral, Egen illustration

3.1. Egen forforståelse

I specialet går jeg ikke forudsætningsløst til studiet af implementering af Forløbsguiden, såsom den fænomenologiske tradition anbefaler forskere, og modsat går jeg heller ikke til undersøgelsen med en forud opstillet hypotese, som ved teoritestende forskning (Kristiansen, 2017, s. 208). Derimod befinder jeg mig i en mellemposition, hvor jeg inddrager min forudgående viden og erfaringer og samtidig er åben over for fænomenet. På baggrund af den hermeneutisk inspirerede tilgang ser jeg det væsentligt at nævne min indledende forforståelse for på den måde at være tydelig omkring, hvilken forståelseshorisont jeg griber undersøgelsen an ud fra. Jeg har erfaring som kliniker, da jeg har baggrund som jordemoder. Min forforståelse som jordemoder består i, at teknologi i form af elektroniske journalsystemer kan være tidskrævende og et forstyrrende element i den akutte patientpleje, da dokumentationskravene er omfattende og tid er knap. Dog har jeg erfaring fra telemedicinske projekter, hvor teknologi tilbyder elektronisk hjemmemonitorering af syge gravide, hvilket kan resultere i tidsbesparelser for personalet og positive oplevelser for de gravide. Derfor er min overordnede forforståelse, at teknologi kan have potentiale til at aflaste personale og skabe øget kvalitet, men også at det kan være et forstyrrende element. Ser jeg på patientinformation som begreb, er min forforståelse, at det kan tage mange former (mundtligt, telefonisk, hjemmeside, papirform). Dertil er min erfaring, at det er en fordel for samarbejdet mellem kliniker og patient, hvis patienten er velinformeret og forberedt, og derudover, at elementer som tidspres, smertepåvirkede patienter og akutte forløb kan gøre det udfordrende, at give tilstrækkelig information til patienten. Som nævnt er Forløbsguiden ukendt for mig forud for undersøgelsen, og derfor har jeg ingen forforståelse omkring selve denne digitale løsning til patientinformation.

4. Etiske refleksioner

Gennem projektet har jeg forholdt mig til etiske aspekter af dataindsamling og -behandling med udgangspunkt i Brinkmann (2015), som fremlægger fire etiske dimensioner, man bør overveje i kvalitativ forskning: informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerrolle (s. 319).

4.1. Informeret samtykke

Da specialet har en eksplorativ tilgang og iterativ opbygning, er samtykke indhentet løbende fra informanter i takt med forberedelserne til hver undersøgelse. Forud for hvert dataindsamlingstrin har jeg informeret informanterne om specialets formål og at data behandles fortroligt og anonymt. De involverede informanter er adspurgt om samtykke forud for observationer og interviews og har underskrevet en skriftlig samtykkeerklæring om behandling af personoplysninger i specialet.

4.2. Fortrolighed

Oplysninger om informanterne er behandlet fortroligt i specialet gennem anonymisering. De informanter, der indgår i interviews, er hver blevet givet et alias ud fra deres stilling (fx konsulent og kliniker), og de informanter, der indgår i observationer, er anonymiseret ved at erstatte navn med et bogstav (fx X og Y). En oversigt over informanter og deres alias kan ses i bilag 2. Det indgår i specialet, hvilken type af sygehusafdeling, undersøgelsen foregår i, da det vurderes relevant i analysen at kunne forholde sig til, hvorvidt der fx er tale om en akutafdeling eller et sengeafsnit. Det er dog anonymiseret præcis hvilken afdeling, der er inddraget, og det fremgår derfor heller ikke fra hvilket sygehus i Region Midtjylland, afdelingen er fra. Selvom konsulenterne er anonymiseret, fremgår det, at de er ansat i Region Midtjyllands it-afdeling, da jeg har startet specialesamarbejdet med denne afdeling, og det kan derfor formodes, at nogle læsere med kendskab til afdelingen vil kunne gætte, hvem de specifikke personer er.

4.3. Konsekvenser

Formålet med specialet er at bidrage med nuancerede indsigter, der kan medvirke positivt i praksis, og jeg vurderer ikke, at undersøgelserne foretaget gennem specialet har uhensigtsmæssige konsekvenser for informanterne, for deres arbejde eller for deres omgivelser.

4.4. Forskerrolle

Da jeg ikke er ansat i hverken it-afdelingen, hos udvikleren eller på nogle af sygehusafdelingerne, ser jeg mig selv som uafhængig af feltet (Brinkmann, 2015, s. 319). Jeg er ikke underlagt bestemte interesser eller magtbalancer, der kunne præge undersøgelsen i en bestemt retning. Dog inddrager jeg mig selv aktivt som undersøger gennem den hermeneutiske tilgang og med fremlæggelse af egen forforståelse. Ud fra definitionen af tre forskellige forskerpositioner "forskerkonsulent", "forskerdeltager" og "deltagerforsker" beskrevet af Hasse (2011), vurderer jeg min egen position som værende forskerdeltager, da jeg bevæger mig mellem egne præmisser og deltagernes præmisser (Hasse, 2011, s. 121). Gennem deltagerobservationer bevæger jeg mig fx i feltet på informanternes præmisser, mens jeg gennem fokusgruppeinterviewet indsamler data i højere grad på egne præmisser.

De fire etiske dimensioner er gældende for specialets samlede dataindsamling og-behandling, som vurderes at leve op til god forskningsetik.

DEL 1

Problemidentifikation

*Eksplorativ undersøgelse af den aktuelle praksis omkring Forløbsguide.
Refleksioner over relevante problemstillinger og udformning af specialets
forskningsspørgsmål.*



Problemformulering

DEL 1: PROBLEMIDENTIFIKATION

Denne del af specialet har til formål at skabe en forståelse for Forløbsguiden baseret på eksisterende rapporter om afdelingers erfaringer med Forløbsguiden i praksis, samtaler med implementeringskonsulenter samt deltagerobservationer til møder mellem sygehusafdelinger og konsulenter under implementeringsprocessen. DEL 1 resulterer i en afgrænsning af specialets problemfelt og formuleringen af et forskningsspørgsmål.

5. Metode

DEL 1 består af tre iterative fortolkningstrin:

- Trin 1: Desk research som indledende forståelse for Forløbsguiden
- Trin 2: Uformelle interviews som første kontakt med feltet
- Trin 3: Deltagerobservationer til indblik i implementeringsprocessen

Undersøgelsesmetoden i de tre trin er karakteriseret ved at være eksplorativ i dannelsen af en indledende forståelse. Dette fordi, jeg som undersøger, ikke har en særlig forudgående indsigt i det felt, jeg vil undersøge (Harboe, 2006, s. 32). Derfor ses et behov for at gå åbent til feltet fra start og være nysgerrig overfor nye og overraskende informationer, og på den måde opspore interessante og relevante problemstillinger. Hvert trin består af hver sin type af dataindsamlingsmetoder, og de overordnede refleksioner bag disse metoder fremlægges i dette afsnit.

5.1. Trin 1: Desk research

Første iterative trin består af en desk research af sekundær data, hvor eksisterende viden om Forløbsguiden i praksis indsamles uden inddragelse af informanter. Denne dataindsamling er usystematisk og foretaget via Google og må derfor ikke forveksles med litteraturstudiet af eksisterende forskning i DEL 2. Søgningen resulterer i fem rapporter, som alle omhandler evalueringer af erfaringer fra brugen af Forløbsguiden i praksis. I næste afsnit fremlægges den indledende forståelse, som rapporterne bidrager til, samt de undrende spørgsmål, der opstår undervejs, som tages med videre som forforståelse til næste iteration.

5.2. Trin 2: Uformelle interviews

I dette trin har jeg den første kontakt med feltet gennem to uformelle interviews med repræsentanter for Forløbsguiden bestående af implementeringskonsulenter ansat i Region Midtjylland. Det første uformelle interview tager form som en telefonsamtale med den kontaktperson, jeg har indledt specialesamarbejdet med,

og som er ansat i Region Midtjyllands It-afdeling som implementeringskonsulent og forløbsdesigner. Denne informant kaldes i specialet "konsulent A" (se Bilag 2 for oversigt over alle informanter). Til det andet uformelle interview har konsulent A samlet to af sine kollegaer til en videre samtale med mig. Denne tager form som et gruppemøde på TEAMS mellem mig og tre konsulenter. De to tilstedende konsulenter kaldes "konsulent B" og "konsulent C". Formålet med begge samtaler er at indsamle informanternes forståelser af, hvad forløbsguiden er, og hvordan de arbejder med den. Samtalerne har ingen fastlagt struktur eller interviewguide, men jeg åbner op for de uformelle interviews med et åbent spørgsmål: "Vil du/I fortælle om, hvad Forløbsguiden er for dig/jer, hvordan du/I arbejder med den, og hvilke problemstillinger, du/I finder interessante eller relevante lige nu?", og derefter lader jeg informanterne tage samtalen derhen, hvor de ønsker. Jeg spørger kun ind enkelte gange, for at få uddybet deres fortællinger. Samtalerne varer ca. 1 time hver. Der foregår ingen lydoptagelse, men jeg nedskriver noter undervejs, som benyttes som empiri (se bilag 3 og 4). Ved at gå så åbent og nysgerrig til første kontakt med feltet kan implementeringskonsulenternes fortællinger påvirke, hvilken forståelse, jeg bygger videre på, og dermed hvilken retning der vælges, hvilket jeg vil argumentere for, at den valgte iterative hermeneutiske tilgang lægger op til.

5.3. Trin 3: Ustrukturerede deltagerobservationer

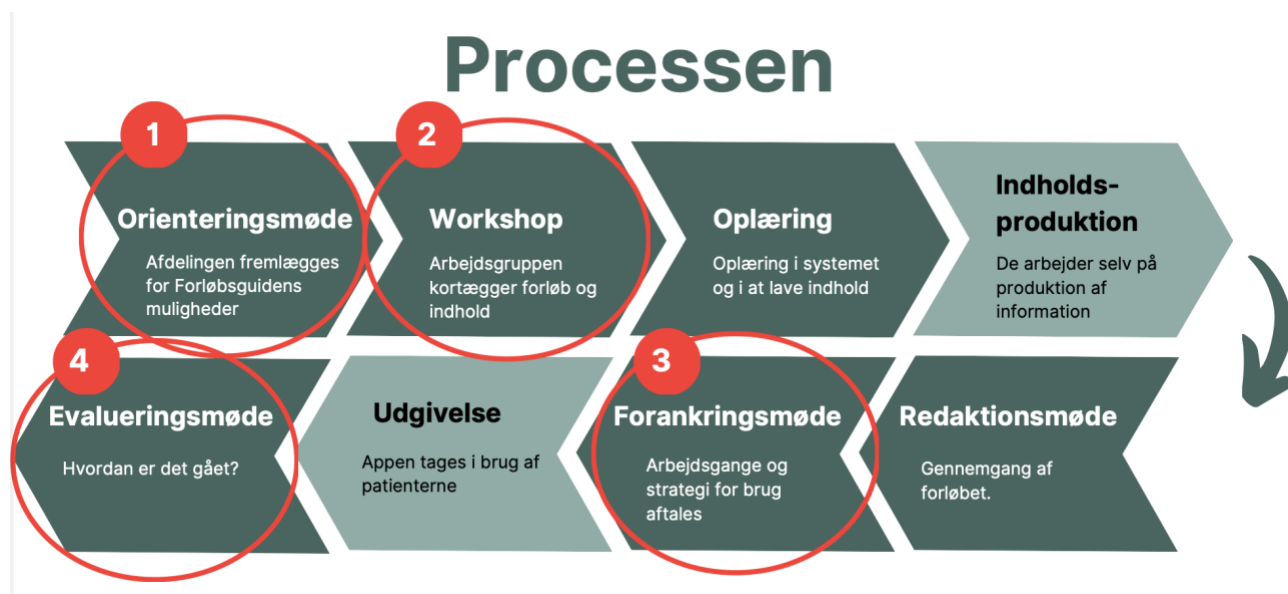
I det sidste fortolkningstrin i problemidentifikationen har jeg anvendt deltagerobservationer som dataindsamlingsmetode. Jeg får efter trin 2 mulighed for at følge en implementeringskonsulent (konsulent D) til fire møder med fire forskellige sygehusafdelinger. Denne konsulent arbejder hovedsageligt med at køre ud til sygehusafdelingerne og hjælpe dem med at implementere Forløbsguiden gennem møder med afdelingens udvalgte arbejdsgruppe, der har taget ansvar for Forløbsguiden i den pågældende afdeling. Denne type møder finder sted i følgende procesopbygning af afdelingens implementering:

Processen



Figur 4 Procesoversigt egen illustration

Figuren viser hele processen for afdelingens implementering af Forløbsguiden. De mørke felter er tidspunkter, hvor implementeringskonsulenter kommer ud i afdelingen og samarbejder med arbejdsgruppen. De lysere felter er tidspunkter, hvor afdelingen arbejder selv. Jeg fik mulighed for at deltage til fire typer møder markeret i nedenstående figur. Det ses, at de pågældende møder er placeret jævnt fordelt over hele processen, og jeg får dermed mulighed for at observere fra starten af processen, midtvejs i processen samt efter udgivelsen. Jeg ser en fordel i at følge processen kronologisk for at få en praksisnær forståelse.



Figur 5 Procesoversigt, egen illustration

Jeg vil kategorisere dataindsamlingen til de fire møder som værende deltagerobservationer, fordi jeg som undersøger indgår i den virkelige praksis og observerer denne (Szulevicz, 2015, s. 180). Selvom min strategi er at fungere som tilskuer og være "fluen på væggen" til mødet uden aktivt at deltage, sidder jeg alligevel med ved bordet som mødedeltager i deres egne omgivelser.

Jeg ser metoden som en god mulighed for at åbne feltet op og få en kontekstrig fornemmelse af, hvilke problemstillinger, der kan findes i praksis ved at observere blandt andet kommunikationen og samarbejdet mellem klinikere og konsulenter, klinikernes udtryk af holdninger til Forløbsguiden og processen, konsulenternes fremlægning af Forløbsguiden og deres fremgangsmetoder, fornemmelse for stemninger, og forståelse for de konkrete arbejdsgange i implementeringsprocessen. Gennem observationerne har jeg fokus på deltagernes fortællinger og deres fortolkninger, hvortil det ses som en fordel, at observationerne finder sted til møder med flere deltagere, der sammen diskuterer Forløbsguiden. Da disse fire deltagerobservationer finder sted i DEL 1, er formålet at være så åben og eksplorativ som muligt, og derfor har jeg ikke fastlagt et strategisk observationsdesign med forhåndsbestemte temaer eller fortolkninger. Jeg har som følge af undersøgelsen i trin 2 fastlagt et overordnet fokus, der omhandler implementeringsprocessen som fænomen, men ikke udvalgt specifikke temaer til fokus for observation inden for processen. Formålet med observationerne er at indfange vigtige spørgsmål i implementeringsprocessen. Derfor har jeg kaldt metoden for *ustrukturerede* deltagerobservationer. Jeg tager tidstro noter undervejs i møderne, da jeg ikke deltager aktivt og derfor har mulighed for at skrive. Noterne er opdelt i to typer: 1) deltagernes udtalelser, som jeg forsøger at citere så ordret som muligt, og 2) mine egne fortolkninger af, hvad jeg oplever og tænker undervejs, som er symboliseret med tegnet "→". Udbyttet af noterne er begrænset af selektiv perception, idet jeg som undersøger kun kan iagttage og registrere visse fænomener og overser andre, som derfor fravælges mere eller mindre ubevidst (Harboe, 2006, s. 53). Jeg udgør som observatør ifølge Szulevicz (2015) "*et ekstra medierende led, som filtrerer observationerne*" (s. 183) og påvirker på den måde den viden, der skabes. Selvom jeg udvælger de elementer, jeg finder interessante, forsøger jeg som nævnt at fremlægge disse så tæt på informanternes virkelige udtalelser som muligt. Som deltager til møderne kan det også diskuteres, hvorvidt jeg påvirker praksis ved min blotte tilstedeværelse og præsentation af specialets formål. Det er muligt, at nogle informanter vil fremhæve eller tilbageholde udtalelser pga. min deltagelse, selvom det dog er min fornemmelse alle møderne igennem, at deltagerne udfoldede sig frit og ubemærket af mig.

Ud fra hermeneutiske principper betragter jeg møderne som værende enkelte nedslag i implementeringsprocessen og dermed som *dele* af praksis, der tilsammen kan bidrage til en forståelse for *helheden* af praksis i forståelsen af implementeringen af Forløbsguiden.

6. Udfoldelse af nysgerrig undersøgelse

6.1. Trin 1: Hvordan opleves Forløbsguiden af klinikere og patienter?

Den ustrukturerede søgning frembringer følgende 5 dokumenter i form af evalueringer af Forløbsguiden på forskellige afdelinger:

- Evaluering af den digital forløbsguide på AUH (DEFACTUM, 2020)
- Evaluering af den digitale forløbsguide til et akut forløb (DEFACTUM, 2021)
- Digital patientguide til barselsforløb (Aarhus Universitetshospital, 2018)
- App som introduktion af nyansatte (Dietz Toppenberg & Melchior, 2023)
- Digital forløbsguide til borgere med et misbrug (Københavns Kommune, 2019)

Evalueringerne beskriver ud fra spørgeskemaer og interviews oplevelser med Forløbsguiden, efter den er taget i brug i praksis, herunder indblik i positive og negative erfaringer med Forløbsguiden set fra både patienters og personalets synsvinkel. Jeg fortolker en gennemgående begejstring for Forløbsguiden i evalueringerne set fra både patienter og personalets synspunkt. De steder, hvor informanterne udtrykker opmærksomhedspunkter omkring brugen af Forløbsguiden, omhandler det ønsker til, hvordan løsningen kunne udvides eller anvendes bedre, men ikke ønsker om at afskaffe den. Men hvad er det, der gør, at Forløbsguiden skaber begejstring? Dykker man ned i evalueringernes resultater, opleves der gennemgående centrale fordele ved appen. Af disse kan nævnes appens brugervenlighed og design, som patienter og personale finder intuitivt. Der er en oplevelse af, at patienter får mulighed for at tage et større medansvar for deres forløb, og at der i nogle tilfælde frigives tid til andre opgaver for personalet. Derudover er det lettere for personalet at ændre i patientinformation via Forløbsguiden, så patienten altid møder den opdaterede version. Der ses dog også gennemgående udfordringer ved Forløbsguiden. Af de centrale punkter kan nævnes, at tiderne i appen ikke synkroniseres med bookingsystemet, hvis en tid ændres, hvilket skaber forvirring for patienten. Og at patienterne beskriver forskellige informationsbehov, men at appen kun giver information om standard-forløb og derfor ikke opleves tilstrækkelig, hvis patientens forløb afviger herfra. Særligt denne pointe finder jeg interessant, da min forforståelse siger, at patienters forløb sjældent er helt ens. Hvordan formår man at imødekomme dette med Forløbsguiden? Denne undren udforskes yderligere nedenfor.

Gennemlæsningen af undersøgelserne gav en forståelse for, at Forløbsguiden kan anvendes til mange forskellige slags slutbrugere. Overordnet set deles brugen op i to typer: personale- og patientforløb. Ved personaleforløbene anvendes Forløbsguiden til at holde information til nyansatte på en afdeling, som igennem appen bl.a. introduceres til afdelingen, kollegaer og procedurer (Dietz Toppenberg & Melchior, 2023). Ved patientforløb holder appen information om bl.a. patientens aftaler med sygehuset, behandlinger og

forberedelse. Også inden for patientforløbene kan typen af forløb variere, da nogle forløb er akutte og kortvarige som fx ved blindtarmsbetændelse (DEFACTUM, 2021), mens andre er planlagte og længerevarende som fx graviditetsforløb, planlagte operationer (DEFACTUM, 2020) eller i det kommunale, hvor fx borgere med misbrug har kontinuerlig kontakt med kommunen (Københavns Kommune, 2019). Jeg finder det interessant, hvor forskellig anvendelsen kan være og hvor mange forskellige målgrupper, løsningen vil imødekomme. Herfra udspringer en nysgerrighed over for, om appen fungerer lige godt til alle typer forløb, samt en undren omkring, hvordan de forskellige anvendelser gribes an og tilrettelægges i praksis. En af de større udfordringer, der fremlægges i evalueringen af akut forløb med blindtarmsbetændelse på AUH er, at når patienten opholder sig i meget kort tid i afdelingen, er det vanskeligt at nå at oprette patienten i appen og tildele det ønskede forløb, inden patienten sendes videre til operation og derefter opvågning. Dertil har patienten ofte for ondt til at kunne forholde sig til appen ved ankomst til sygehuset. Om dette konkluderer rapporten: "Da flere af udfordringerne hænger sammen med patientflowet og de organisatoriske rammer for arbejdet, er det forhold, der er vanskelige at ændre på" (DEFACTUM, 2021, s. 11) og videre: "Der er således helt andre forudsætninger for at anvende forløbsguiden i et akut forløb, som det er vigtigt at tage højde for" (DEFACTUM, 2021, s. 13).

Jeg ser en relevant problemstilling omkring, hvordan Forløbsguiden kan tilpasses de specifikke arbejdsgange og patientflow på den enkelte afdeling, og hvordan man formår at imødekomme de forskellige forudsætninger, som både patienter og medarbejdere har? Det lykkes mig ikke at finde undersøgelser, der har selve arbejdet med at få Forløbsguiden i gang i praksis som fokus. Men i en af evalueringerne finder jeg følgende pointe: "AUH står selv for at udarbejde en drejebog til implementering af forløbsguiden. Denne evaluering fokuserer alene på anvendelsen af den digitale forløbsguide og oplevelsen heraf. Evalueringen har således heller ikke fokus på anvisninger til implementering" (DEFACTUM, 2020, s. 8).

Det skaber en nysgerrighed omkring, hvordan sygehuse som organisation griber planlægning af implementering an. Samtidig ser jeg et muligt hul i evalueringerne af Forløbsguiden med manglende fokus på implementeringen og anvisninger hertil, som dette speciale kunne bidrage til. Ud fra trin 1 i probleminidentifikationen skabes en forståelse for selve anvendelsen af Forløbsguiden og derefter en nysgerrighed på at skabe forståelse for implementeringen.

6.2. Trin 2: Hvad er særligt for implementeringen af Forløbsguide?

Med udspring i den vakte nysgerrighed i trin 1, ønsker jeg i dette trin at udforske Forløbsguiden fra implementeringssiden via samtaler med implementeringskonsulenter. Jeg har efter samtalerne opdelt fortællingerne fra informanterne under følgende emner gennem en tematisering af udsagn:

- Målet med implementering

- Nedefra-og-op implementering
- Udfordringer ved implementering

Emnerne afdækker hele empirien undtagen emnet "Afledte effekter af Forløbsguiden", som jeg også identificerede som et mindre tema, men som jeg har udeladt i gennemgangen, da dette ikke omhandler implementeringen. Her uddybes de tre udvalgte emner:

Målet med implementering:

Undersøgelsen i trin 2 viser, at Forløbsguiden er skabt som en kommunikationsplatform, der er helt tom fra start, og som en arbejdsgruppe af klinikere selv producerer indhold til efter ønsker og behov. Konsulent A beskriver Forløbsguiden som "en stumtjener, der er klar til at holde den information, man gerne vil vise patienten" (bilag 3, s. 4, l.14). Afdelingen bestemmer derfor selv, hvilket patientforløb, de ønsker at benytte appen til, og hvordan informationsindholdet skal udformes. Man kan derfor skabe brede generelle informationsforløb, der er gennemgående for mange, eller man kan udvælge et helt specifikt indgreb, der skal skabes et informationsforløb omkring. Konsulent A udfolder det således: "Et forløb er ikke nødvendigvis knyttet til en diagnose, men mere til patientens rejse, delt op i små bidder" (bilag 3, s. 4, l. 13). Her menes rejse i forbindelse med kontakten til sygehuset før, under og efter en behandling, og Forløbsguiden kan bidrage til at skabe overblik og viden om netop denne rejse for patienten. Formålet med at benytte Forløbsguiden kan fortolkes som et ønske om et kvalitetsløft af patientinformation, eller det kan bestå i et ønske om besparelser i afdelingen på sigt:

Det er forskelligt, hvem det er vi snakker til. Nogle [ledere] er mere interesserede i at snakke om besparelser. Klinikkerne helt nede har mere afsæt i kvaliteten. Det er noget med hvad er det for nogle målsætninger man har? Hvad er incitamentet til at gå ind i en forandringsproces? (bilag 4, s. 5, l.14).

Konsulenten fremlægger forskellige årsager til, at afdelinger vælger at implementere Forløbsguiden og beskriver desuden implementeringen som en forandringsproces. Her kan opstå et vigtigt spørgsmål omkring, hvorvidt klinikere og ledere kan gå ind i forandringsprocessen med forskellige incitamenter, og hvilken betydning dette kunne have.

Nedefra-og-op implementering:

Undersøgelsen har skabt en forståelse for, at det er klinikerne selv i hver enkelt afdeling, der fungerer som arbejdsgruppe i implementeringen. Det er fagpersonalet selv, der skaber indholdet i appen og driver projektet. Hertil understøtter implementeringskonsulenterne deres proces. Det ser jeg som et interessant modspil til

eksempelvis implementering af EPJ-systemer på sygehuse, som ud fra min forforståelse udføres mere top-down styret. Det særegne ved den klinisknære implementering af Forløbsguiden forklarer konsulenterne således: "Det kommer nedefra og op, fordi fagpersonalet selv har lyst til at benytte løsningen" (bilag 3, s. 4, l.23) og "Den klassiske implementeringsstrategi kan man ikke bruge her, fordi vi skal agere efter klinikerne og deres behov" (bilag 4, s. 5, l. 19). Jeg udleder fra dette, at implementeringen kan se forskellig ud fra afdeling til afdeling, fordi klinikernes behov og ønsker kan være forskellige, og derfor må konsulenterne lytte til klinikerne og tilpasse deres inputs og støtte derefter. Konsulent C forklarer, at arbejdet med at udvikle appens funktioner er foregået agilt i et samarbejde mellem Emento (appens udvikler), konsulenterne og sygehusene:

Vi arbejder tæt sammen med Emento, som laver den, fordi de konstant udvikler den ... Vi implementerer og udvikler samtidig og vender tilbage. Meget agilt ift. udvikling. Vi afprøver nye features ude hos bruger og trækker det tilbage, hvis det ikke fungerer (Bilag 4, s. 5, l. 22-25).

Jeg finder det interessant, at både arbejdet med at implementere, men også at udvikle appen, er præget af at være en kontinuerlig refleksiv proces, hvor involverede parter kan eksperimentere og tilpasse undervejs. Jeg forstår denne arbejdsmetode som en "design based" tilgang. Konsulenternes forklaringer rejser en undren om, hvordan denne agile design baserede proces fungerer på et sygehus med fagpersonalet som drivende part, da min forforståelse er, at der som udgangspunkt er fokus på drift og pleje som kliniker.

Udfordringer ved implementering:

I forlængelse af beskrivelsen af den klinisknære implementering, fremkommer der i undersøgelsen udtalelser om mulige udfordringer i implementeringsarbejdet mellem sygehuse, konsulenter og udvikler. Det at klinikerne selv driver implementeringen medfører, at de skal have tilstrækkelig viden og kompetencer til at løfte den opgave, hvilket Konsulent C forklarer: "det er noget andet arbejde man skal gøre ift. kommunikation. At de er oplyste derude og forstår hvad den kan" (Bilag 4, s. 5, l. 20). Jeg ser et potentielt stort arbejde i at uddanne fagpersonalet i hver afdeling til at drive implementeringen. På den anden side forestiller jeg mig fordele i at kunne tilpasse løsningen præcist til egen praksis.

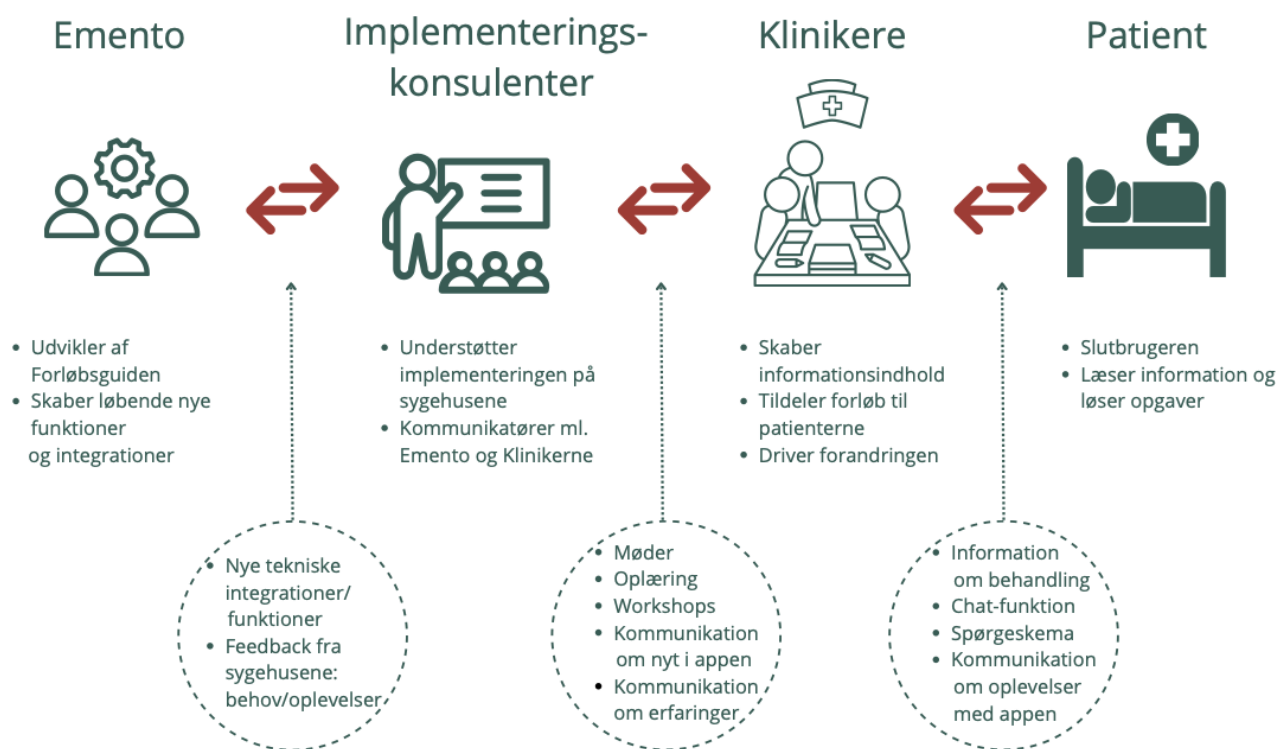
Den nævnte design tilgang til appens udvikling reflekterer konsulenterne over under TEAMS-mødet, hvilket jeg har opsummeret i noter under mødet således:

Stiller nye krav til, hvordan det implementeres, klinikken skal forholde sig til ændringer hele tiden- sætter krav for implementeringskonsulenterne, opmærksomhed fra it-siden, skal støtte dem- bliver aldrig færdig med at implementere. To verdener der mødes- hvordan kommunikerer man til klinikerne, der måske ikke tjekker mail? Prøve at skabe en sammenhæng mellem to verdener der mødes (Bilag 4, s. 5, l. 25-31).

Undersøgelsen belyser en interessant udfordring i at tilpasse den agile design tilgang til udvikling og implementering til et sygehuspersonale, hvis praksis kan være udfordret af forskellige rammer, der påvirker mulighederne for kommunikation aktørerne imellem. Temaet skabte en refleksion ud fra min forståelse af at arbejde som kliniker, omkring hvilke udfordringer, jeg kunne forestille mig, var aktuelle her. Refleksionerne kredser for eksempel om, hvordan arbejdsgruppen formår at informere alle medarbejderne i afdelingen om den nye praksis, hvis de arbejder i dag-, aften og nattevagter i forskellige sammensætning af kollegaer i hver vagt, samt når det fx ikke er normal praksis at tjekke mail i vagten.

Opsummering:

Efter undersøgelsen har jeg fået en overordnet forståelse af, hvad forløbsguiden er, hvordan der arbejdes med den, og hvilket formål den kan have. Denne forståelse har jeg illustreret i nedenstående model, som viser, hvilke aktører der er i spil, hvad de foretager sig ift. Forløbsguiden, og hvad de kommunikerer med hinanden om.



Figur 6 Oversigt over aktører og kommunikation, egen illustration

Trin 2 skaber særligt en nysgerrighed omkring, hvordan samarbejdet mellem klinikere og implementeringskonsulenter foregår i praksis, og herunder hvordan implementeringsprocessen er tilrettelagt,

nu hvor der ikke benyttes "en klassisk implementeringsstrategi". Der ses et behov for at udforske implementeringsprocessen som den foregår ude i praksis.

6.3. Trin 3: Hvordan foregår implementeringsprocessen i praksis?

Som beskrevet i metodeafsnittet får jeg i dette trin mulighed for at deltage til møder i praksis under forskellige nedslag i implementeringsprocessen hos forskellige afdelinger. Formålet er at vække specifikke undrende spørgsmål og problemstillinger i praksis, der kan samles til et forskningsspørgsmål for specialets hovedundersøgelse. Empirien fra deltagerobservationerne udfoldes derfor ikke på detaljeret redegørende vis i dette afsnit, men udfoldes med skarpt fokus på, hvilke problemstillinger, der rejses under møderne.

På det første orienteringsmøde tolker jeg en begejstring over Forløbsguidens muligheder og en ivrighed for at tage løsningen i brug i afdelingen, hvilket kommer til udtryk i følgende feltnoter:

Mødeansvarlig kigger lige rundt og siger begejstret: "ER vi ikke enige om, at det her er en *mega god* ide?" Folk nikker og stemmer i (Bilag 5, s. 6, l. 29).

"Det kan da kun gå for langsomt", "Det kræver lige lidt arbejde at få lagt det der ind, men ellers"
→ Virker udelukkende positive, udtrykker ikke rigtig nogle udfordringer ved det eller at der ikke er tid/ressourcer. Virker også ivrige efter at få det op at køre, jo hurtigere jo bedre (Bilag 5, s. 7, l. 1).

Det er tydeligt, at afdelingen har hørt om Forløbsguiden før og på forhånd har taget stilling til, at det er et ønske for dem. Mit indtryk er, at fokus på mødet er på selve udgivelsen og at komme derhen så hurtigt som muligt, hvorfor der også bliver lagt vægt på, at de gerne vil genbruge så meget informationsmateriale som muligt fra lignende afdeling, der allerede er i gang med Forløbsguiden. Det bliver ikke italesat, hvad det vil kræve at komme frem til målet, og heller ikke uddybet, hvad deres specifikke incitament for brugen af Forløbsguide er. Implementeringskonsulenten imødekommer deres ivrighed ved at lægge op til, at de løbende kan udvikle indholdet i Forløbsguiden, selvom de tager den i brug:

Fortæller at det godt må udvikle sig over tid [indholdet], så man behøver ikke have lagt 200% af alle videoer ind fra starten, man kan lægge ind løbende, når man får lavet videoerne og så bare starte med at lægge det ind, man har i forvejen (Bilag 5, s.8, l. 17).

Mødet bidrager til en forståelse af, at Forløbsguiden virker som en eftertragtet løsning, og at fortællingen om den må være positiv afdelingerne imellem, men det skaber samtidig en undren omkring, hvorvidt denne afdeling kunne mangle opmærksomhed på, hvilke ressourcer det vil kræve af dem at implementere og drive løsningen?

Til næste møde deltager jeg i en opstartsworkshop med fokus på personaleforløb til nyansatte, hvor jeg får en dybere forståelse for, hvilke fordele klinikerne ser ved appen. Det bliver bl.a. italesat, at det kunne give en ro for personalet at vide, at den nyansatte får al information i appen, hvis de fx skulle have glemt en væsentlig information i den fysiske introduktion. Klinikerne ser også en fordel i at kunne personliggøre deres information: "de har gjort meget ud af at skrive på en personlig måde, så de kan mærke dem som personer" (Bilag 6, s. 10, l. 15).

Dog fortolker jeg nogle begyndende problemstillinger med relation til selve implementeringsprocessen. Hos nogle af deltagerne opfanger jeg en usikkerhed omkring selve it-delen af implementeringen:

"Alt det med IT og sådan noget, hvem står for det? Altså hvem lægger det ud i app'en? Det forstår jeg ingenting af". Det er dem selv der skal det. En siger, at det er nemt og det skal de nok lære. "Okay" svarer hun. Hun giver udtryk for at hun ikke har tid til at sidde med det, fordi hun er sygeplejerske, er bare blevet sat på mødet, fordi en anden ikke kunne (Bilag 6, s. 10, l. 20).

I forlængelse heraf bliver strukturelle udfordringer også italesat ift. at have tid til at sidde og arbejde med indholdet:

Specialansvarlige sygeplejersker: "Nogle uger har vi to kontor-dage, så det er noget nemmere." Alm. sygeplejerske: "Ja, vi går i vagter, så det er lidt sværere". Der gives udtryk for, at det er vigtigt, at denne ene sygeplejerske, som repræsenterer sengeafsnittet, inddrager flere kollegaer til at løfte dette ansvar, da hun ikke selv har tid (Bilag 6, s. 12, l. 9).

Jeg går fra mødet med en skærpet undren omkring, hvordan arbejdet med at producere indhold til appen organiseres i praksis i samspil med deres kliniske arbejde, især med fokus på de almindelige sygeplejersker, der har anderledes forudsætninger end specialesygeplejersker, som har indlagte kontordage.

Til forankringsmødet er en afdeling nået så langt, at Forløbsguiden snart kan udgives. Derfor skal de specifikke arbejdsgange omkring den daglige drift aftales. Her tager implementeringskonsulentens udgangspunkt i et skema over arbejdsgange, som de sammen skal sætte ansvarspersoner på. I forlængelse af ovenstående strukturelle udfordringer, ser jeg også til dette møde mulige problemstillinger ved implementeringen. Fx tales der om, hvordan de kan gribe en informationskampagne an i afdelingen i forbindelse med udgivelse:

"Alle skal vide, at nu går vi i gang. Vi har hver morgen et slip fra 9.30-10.00, hvor vi kan lave undervisning. Og så måske en mail ud, fordi vi er jo 50 forskellige vagter. De skal kunne guide patienten og svare på spørgsmål om app'en. De skal være informerede om, hvad det er for noget

information, der ligger i app'en" "Målet er, at inden de første patienter kommer ind, der har vi et velinformeret personale inden da" (Bilag 7, s. 15, l. 8).

Jeg fortolker, at der kan være en potentiel udfordring i at få skabt dette velinformerede personale, når medarbejderne arbejder i vagter. Min undren omkring klinikernes forudsætning for at arbejde med Forløbsguiden uddybes bl.a. ud fra følgende uddrag:

"man kan nørde helt ned i hvor meget patienten har set" – "Jamen det har vi ikke tid til"
"Får vi sådan en lillebitte håndbog i det her? Jeg synes det fra sidst ligger langt væk".... "Fordi vi kommer jo til at være selvkørende på det her på et tidspunkt" (Bilag 7, s. 13, l. 37).

Jeg bliver særligt nysgerrig på, hvordan de opbygger nødvendige tekniske kompetencer og vedligeholder disse, så de kan være selvkørende. Det mest interessante indtryk fra mødet, er klinikernes tilgang til forankringen af arbejdsgangene, som jeg fortolker er præget af en eksperimentel og iterativ afprøvning i praksis:

"Vi kan lige starte op med, at jeg tjekker de dage, jeg er på arbejde og så kan vi lige se hvordan det går. Du må gerne lige skrive til mig på messenger, om du har tænkt dig at svare en af dagene".... "Ja, lad os se. Senere kan vi måske få det på flere hænder" (Bilag 7, s. 14, l. 27).

Jeg reflekter over, at denne tilgang på den ene side potentielt kunne have fordele, fordi klinikerne får mulighed for at tilpasse brugen til netop deres praksis efter de erfaringer, de gør sig undervejs. På den anden side rejser det et vigtigt spørgsmål om, om klinikerne lykkedes med at organisere relevante refleksioner og tiltag undervejs til at ændre arbejdsgangene til det bedre, da der gives udtryk for begrænset tid.

Ved de tre første møder mærker jeg en gennemgående stemning af begejstring og forventningsfuldhed over at komme i gang med Forløbsguiden. Denne stemning oplever jeg ikke til evalueringsmødet, hvor en afdeling har haft Forløbsguiden i brug i et års tid. Her er mit overordnede indtryk, at afdelingen har mødt mange udfordringer undervejs og generelt er opgivende overfor projektet. Der tales om tekniske problemer såsom langsom opstart af programmet, hvortil klinikerne bl.a. udtrykker sig således:

"Jeg ved ikke om problemet er blevet mindre eller om folk bare har givet op".... "I en travl hverdag så tænker man bare – det må blive i morgen" (Bilag 8, s. 22, l. 20).

Da implementeringskonsulenten spørger ind til, hvorvidt de er kommet i mål med deres indledende målsætninger for Forløbsguiden, udtrykker klinikerne en manglende indsigt i dette:

"Har I indtryk af om det har gjort noget ved mængden af telefonopkald?" "Det er kun sekretæren, der kan svare på det, jeg ved at de stadig har ret travlt under telefontiden, men om

de har en anelse mindre, ved jeg ikke.” Én beskriver, at patienterne er mere forberedte. En anden siger, at det ved hun ikke, om hun synes, at hun oplever (Bilag 8, s. 18, l. 34).

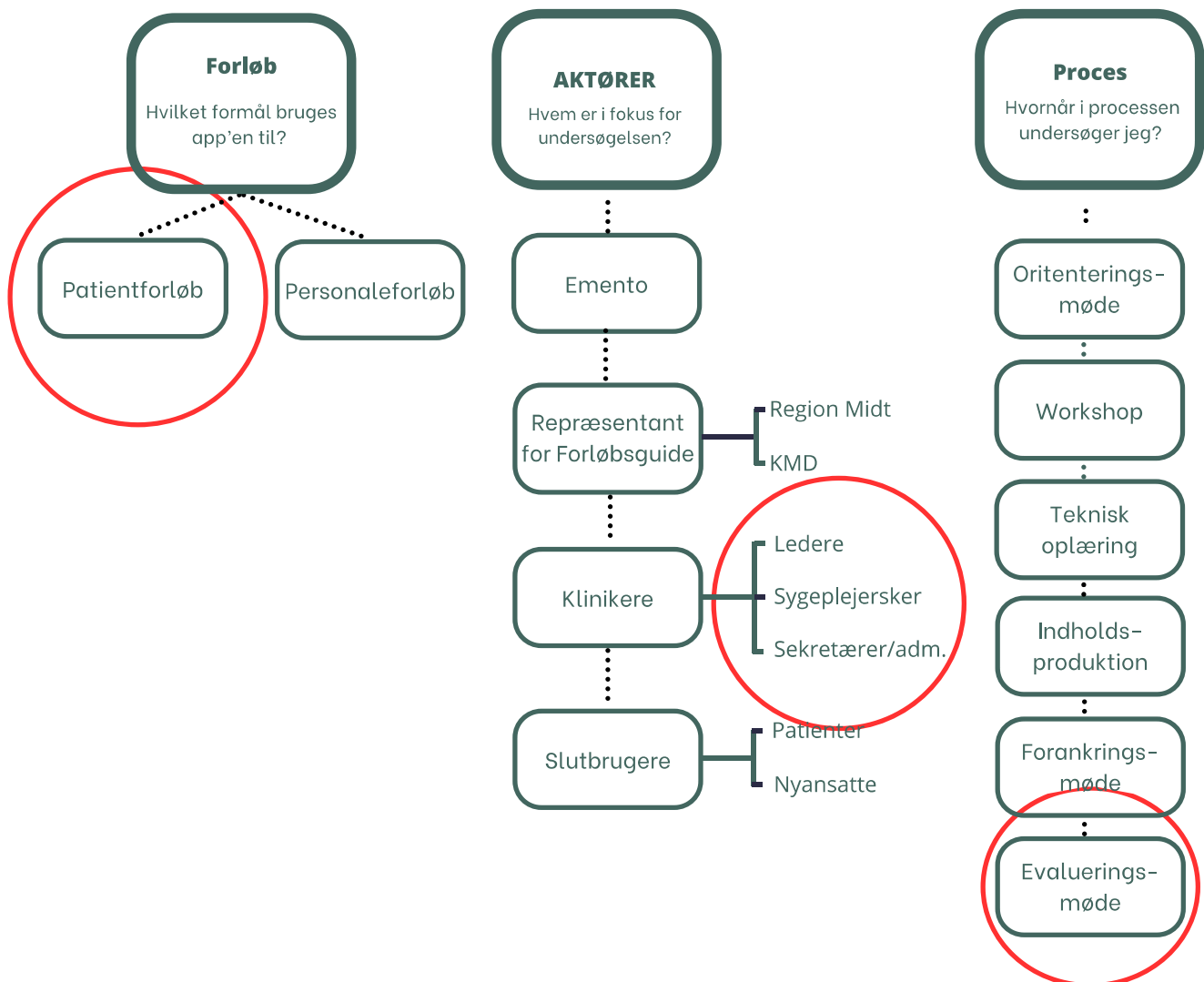
Jeg får en forståelse for, at afdelingen muligvis ikke har forholdt sig til og undersøgt effekterne efter et års brug af Forløbsguiden. Fx om der frigives mere tid til klinikerne eller om patienterne føler sig bedre forberedte. Jeg undrer mig over, hvorvidt den manglende synlighed af eventuelle positive effekter kan have påvirket deres motivation til at overkomme udfordringer undervejs. Hvad ligger til grund for den opgivende stemning og frustrationer? Uanset om det blot er denne ene afdeling, der har disse udfordringer efter ibrugtagning, så ses der et eksempel på, at det muligvis ikke er lykkedes at implementere Forløbsguiden på en tilfredsstillende måde hos dem. Det kan være en relevant problemstilling, der kan opleves flere steder. Jeg reflekterer over, at der har været udfordringer undervejs, som har været så afgørende, at afdelingen nu er ved at give op på projektet. Undersøgelsen rejser vigtige spørgsmål om, hvad der har ført til denne situation, og hvor i processen de kunne være hjulpet bedre?

7. Opsummering af DEL 1

Problemidentifikationen skaber gennem eksplorativ undersøgelse viden om, at implementeringen af Forløbsguiden er drevet af klinikere med understøttelse af implementeringskonsulenter. Det fremgår, at Forløbsguiden kan benyttes til mange forskellige forløb, men at der kan ligge udfordringer i at imødekomme individuelle informationsbehov hos patienter samt mulige udfordringer med kommunikation klinikerne imellem samt mellem implementeringskonsulenter og klinikere. Deltagerobservationerne skaber et indblik i, at motivationen for Forløbsguiden kan være dalende jo længere i processen man kommer, og en formodning om, at udfordringer undervejs har påvirket motivationen. Knyttes alle delelementerne sammen, tolkes der en mulig brændende platform bestående af, at udfordringen ikke er at komme i gang, men at fortsætte efter den første begejstring har lagt sig og udfordringer mødes. Der rejses en problemstilling, som ses potentielt relevant for alle afdelinger, der arbejder med at implementere Forløbsguiden: et aktuelt behov for at skabe indsigt i, hvad og hvor i implementeringsprocessen, klinikerne møder udfordringer, som kan være en hindring for en succesfuld implementering. Resultatet af DEL 1 er en identifikation af følgende relevante problemformulering, der skal være udgangspunkt for resten af undersøgelsen:

Hvordan og hvorvidt kan klinikerne i Region Midtjylland understøttes bedre i deres implementering af Den Digitale Forløbsguide ud fra en analyse af betydningsfulde faktorer for implementeringsprocessen?

Iterationerne i DEL 1 skaber desuden et overblik over, hvilke elementer, der er i spil i implementeringen af Forløbsguiden, hvilket jeg har illustreret i nedenstående figur. Her ses det, at app'en benyttes til to overordnede typer af forløb, at der ses fire grupper af aktører involveret omkring løsningen, samt at implementeringsprocessen er opdelt i seks del-processer for klinikerne. I specialets DEL 2 vil jeg afgrænse



Figur 7 Illustration og udvælgelse af problemfelt

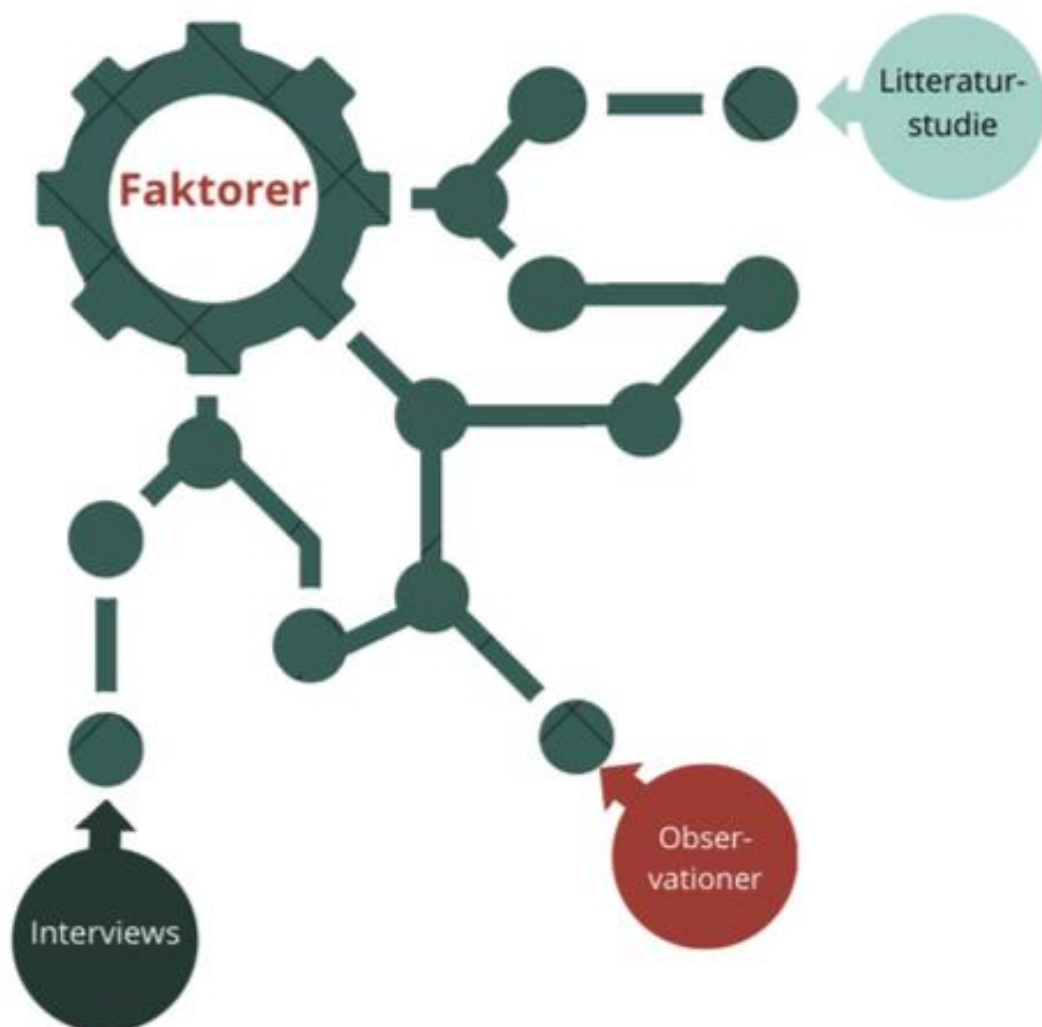
undersøgelsen af praksis, som de røde cirkler viser. Jeg ønsker at afgrænse til patientforløb, fordi min nye forståelse er, at app'en bruges oftere i praksis til patienter end til nyansatte, hvorfor data her er mere tilgængelig og en succesfuld implementering kan ses særligt afgørende. Jeg ønsker desuden at afgrænse næste undersøgelse til at inddrage klinikerne som informanter, da jeg er interesseret i, hvilke udfordringer de oplever.

Slutteligt har jeg valgt at fokusere DEL 2 til et tidspunkt i processen, hvor løsningen er taget i brug i praksis, fordi det her er muligt at se tilbage på mulige udfordringer og reflektere over implementeringen.

DEL 2

Udpegning af betydningsfulde faktorer

Analyse af potentielle barrierer og faciliterende faktorer for implementering af Forløbsguide og diskussion af samspil mellem disse - ud fra klinikerens oplevelser af implementeringsprocessen efter ibrugtagning og indblik i eksisterende forskning.



DEL 2: UDPEGNING AF BETYDNINGSFULDE FAKTORER

Formålet med denne del er at analysere, hvilke faktorer, der er betydningsfulde for implementeringsprocessen, ved at forsøge at udpege sådanne faktorer ud fra empiri. For at skabe bredde og dybde i undersøgelsen indsamles viden fra flere forskellige indsamlingstyper. DEL 2 er delt op i tre trin og derigennem tre typer af dataindsamling, som til sammen skal indgå i en tematisk analyse af betydningsfulde faktorer:

- Trin 4: Litteraturstudie af eksisterende forskning
- Trin 5: Fokuserede deltagerobservationer til evalueringsmøder
- Trin 6: Semistrukturerede interviews med klinikere

I trin 4 undersøger jeg, hvilke faktorer, der generelt kan have betydning for implementering af forandringstiltag på sygehuse gennem et litteraturstudie af eksisterende forskning. Dette trin bidrager dermed med en grundlæggende forståelse for emnet i bredden. I trin 5 undersøger jeg derefter den konkrete praksis og fortolker på, hvad klinikerne oplever, har haft konkret betydning for deres implementeringsproces. Til sidst i trin 6 får jeg mulighed for at gå yderligere i dybden med uddybende samtaler med klinikere.

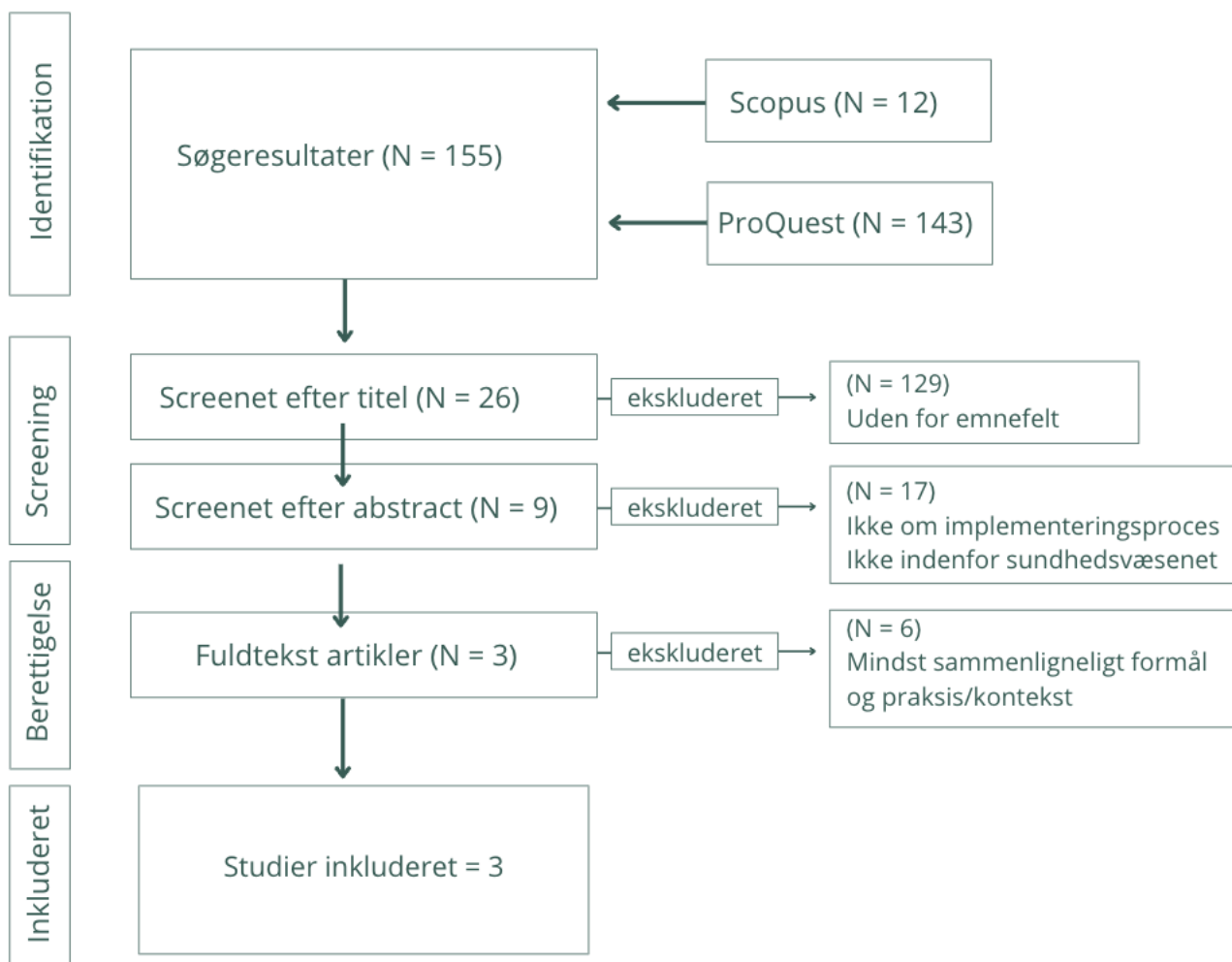
8. Trin 4: Litteraturstudie af eksisterende forskning

Formålet med at afsøge eksisterende forskning inden for specialets problemfelt er at skabe forståelse for, hvilken forskning, der eksisterer om problemstillingen, som kan tages med videre i undersøgelsen. Derudover er formålet at forholde mig til, hvordan specialet positionerer sig i forhold til forskningen. Litteraturstudiet resulterer i inddragelsen af tre videnskabelige artikler, hvis fund indeholder udpegning og beskrivelser af faktorer, der har betydning for en implementeringsproces på en sygehusafdeling. Først gennemgås søgeprocessen frem mod inklusionen af de tre artikler og derefter diskuteres artiklernes anvendelighed og specialets positionering i forhold til artiklerne. Slutteligt fremlægges artiklernes resultater.

8.1. Søgestrategi

Jeg har foretaget en systematisk søgning hen mod de endelige artikler og henviser til søgeprotokollen i bilag 9 for de specifikke søgninger. Søgeprotokollens udformning er inspireret af Zins (2000)'s fremlæggelse af en strategi til struktureret søgning. Forberedelsen til den systematiske søgning består af en udarbejdelse af inklusions- og eksklusionskriterier samt en ustruktureret kædesøgning primært på Google Scholar med henblik på at afsøge anvendte emneord som søgeord. De udvalgte søgeord inddrages i en bloksøgning bestående af tre blokke, som danner grundlag for at udarbejde og tilpasse forskellige søgestrengene. Søgeord fra samme blok kombineres med den boolske operator "OR" og hver blok kombineres med "AND". Søgningerne med de

udarbejdede søgestrengene foretages i databaserne Scopus og ProQuest, som dækker bredt over humanistisk og samfundsvidenskabelig forskning. I søgeprotokollen kan det ses, hvilke tilpasninger, der løbende er foretaget inde i databaserne i logbogen for søgeprocessen for at nå frem til relevante artikler. Dette fører frem til et søgeresultat på 155 artikler fra de to databaser, som jeg derefter har screenet for titel til 26 artikler, screenet for abstract til 9 artikler og udvalgt efter at have læst fuldttekst på de 9 artikler til at inkludere 3 relevante artikler til sidst. Udvælgelsesprocessen er illustreret i nedenstående flowdiagram, som er inspireret af PRISMA's Flow Diagram til systematiske reviews (Haddaway, McGuinness, Pritchard, Page, & Wasey, 2022).



Figur 8 PRISMA flowchart, egen illustration

De inkluderede studier er:

- 1) "Barriers and supports to implementation of MDI/spacer use in nine Canadian pediatric emergency departments" (Scott, et al., 2009).
- 2) "Built to last? Barriers and facilitators of healthcare program sustainability" (Zurynski, et al., 2023).
- 3) "Factors that influence the implementation of e-health" (Ross, et al., 2016).

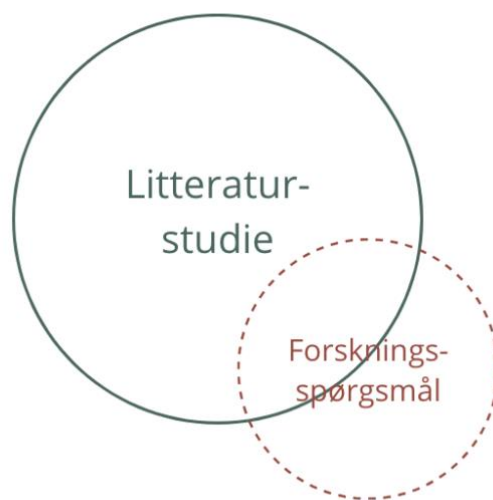
Alle tre studier er publiceret i tidsskriftet *Implementation Science*, hvilket ikke er en bevidst udvælgelse, men et tilfældigt resultat af søgeprocessen. Dog giver det god mening i forhold til specialets problemfelt omhandlende implementeringsprocessen, at dette tidsskrift afdækker emnet.

Studie 1) er et kvalitativt casestudie, som undersøger implementeringen af en specifik ny behandling af astma på 9 børneafdelinger i Canada og inkluderes, fordi studiets fokus er sammenlignelig med specialet (undtagen selve tiltaget), og resultaterne ses relevante for specialets problemstilling, da der fremlægges faktorer, der styrker og svækker en implementeringsproces. Studie 2) er et systematisk review af peer-reviewed artikler, som undersøger faktorer, der påvirker implementering og fastholdelse af kvalitetsforbedringstiltag generelt på sygehuse. Her er inddraget 124 studier fra 35 lande, hvoraf størstedelen er fra USA, Canada, UK og Australien. Studie 3) er et systematisk review af systematiske reviews og undersøger ligeledes faktorer, der påvirker implementeringsprocesser på sygehuse, her med fokus på "e-health", som på dansk kan omtales som "telemedicin". Dette review undersøger 44 reviews, hvoraf de fleste er fra USA og Europa. Alle tre artikler opfylder inklusionskriterierne ved at bidrage med viden om, hvilke faktorer, der har betydning for implementering af tiltag på sygehusafdelinger, og de vurderes metodisk troværdige.

8.2. Diskussion af litteraturstudiet

Udgangspunktet for litteraturstudiet er et ønske om at afsøge forskning om selve det, at sygeplejersker leder implementeringsprojekter i deres afdeling, med det formål at skabe en forståelse for, hvilke faktorer, der har betydning i netop denne type projektledelse. Det viste sig dog ikke muligt via en systematisk søgeproces at fremsøge artikler, der har netop dette fokus. Derfor er søgningen tilpasset og udvidet til at omhandle implementeringer på sygehuse i mere bred og generel form, hvilket, jeg vil argumentere for, indeholder relevante pointer, der kan inddrages videre i specialet gennem diskussioner af undersøgelsens fund, men som ikke direkte besvarer forskningsspørgsmålet.

Litteraturstudiets resultater betragtes derfor som et vidensbidrag inden for specialets overordnede problemfelt. Det at søgningen måtte udvides kan forstås som, at specialets specifikke problemstilling ikke er repræsenteret i forskningen. Dette kan styrke relevansen og vigtigheden af mit forskningsspørgsmål. Som figuren illustrerer, har litteraturstudiet bidraget til at udspecificere specialets fokus.



Figur 9 Positionering af specialet, egen illustration

Det kan diskuteres, om den praksis, artiklerne undersøger, er helt sammenlignelig med specialets. Jeg ser en fordel i, at alle tre artikler hovedsagelig undersøger sygehuse i vestlige lande, men med det sagt, kan der stadig være stor

forskel på kulturen, og hvordan afdelinger er organiseret og ledet mellem fx USA og Danmark, bl.a. fordi mange amerikanske hospitaler er private. Artiklerne fremlægger dog en genkendelig struktur i afdelingerne bestående af en faglig ledelse, en gruppe klinikere og til sidst patienter.

Desuden stiller jeg mig kritisk over for om de to reviews' resultater kan have tendens til at være overordnede og generaliserende, da de inddrager mange studier fra mange forskellige slags afdelinger/sygehuse. På den anden side står casestudiet (Scott et al, 2009), som undersøger helt samme type af afdelinger (9 børneafdelinger), hvilket gør at denne artikel kan sammenligne faktorerne på tværs. Resultatet af dette viser, at faktorerne kan interagere med hinanden på komplekse måder, og at selvom de samme barrierer kan være til stede på flere afdelinger, ligger forskellen i implementeringens succes i, hvor motiveret afdelingen er for at finde måder at overkomme barriererne på (Scott, et al., 2009). Jeg vil argumentere for, at artiklernes forskellige bredde (fra mindre casestudie helt op til review af reviews) bidrager til en øget nuancering af resultaterne. Der

ses ikke modstridende resultater i de tre studier, men ikke alle faktorer er vist i alle tre studier eller med helt samme beskrivelse. I case-studiet ses der generelt et færre antal af faktorer, end i de større reviews. Med disse forbehold benævnt, gennemgås artiklernes fund.

8.3. Artiklernes fund

De tre artikler peger på gennemgående faktorer, der har indflydelse på implementering af forandringstiltag¹ i sundhedsvæsenet. De følgende overskrifter i gennemgangen er navngivet ud fra artiklernes opdeling af deres resultater, som stort set har været ensformige i de tre artikler, dog med forskellige synonymer. Ikke alle temaer indgår i alle artikler, men det ønskes at afdække samtlige temaer i gennemgangen.

Strukturelle faktorer:

Alle tre artikler viser, at strukturelle faktorer i den pågældende praksis og kontekst har betydning. Ifølge Scott et al. (2009) kan det være en barriere for implementering, hvis store dele af medarbejderne er ansat på deltid, fordi det kan besværliggøre kommunikationen af nye politikker, procedurer og forandringer af praksis til det personale, der er til stede uregelmæssigt. Medarbejdere i deltidsstillinger kan have sværere ved at holde sig opdateret på afdelingens procedurer (Scott, et al., 2009). Ligeledes pointerer to af artiklerne, at udskiftning af medarbejdere ofte ses som en barriere for en kontinuerlig forandringsproces. Resultater fra Zurynski, et al., viser at udskiftning af medarbejdere skaber en nødvendighed i at tildele ressourcer til at oplære nye medarbejdere (Zurynski, et al., 2023), og ligeledes beskriver Scott et al. (2009), at udskiftningen besværliggør opfølgning på forandringen, fordi de medarbejdere, der var involveret fra start, måske ikke længere er ansat (Scott, et al., 2009). Ydermere beskrives mangel på personale og et travlt miljø med mange konkurrerende prioriteter som en mulig barriere (Scott, et al., 2009). Reviewet af Ross et al., (2016), som har inddraget flest studier, viser, at det er afgørende, hvorvidt det nye system, der skal implementeres, kan tilpasses de eksisterende arbejdsgange og det daglige kliniske arbejde. Hvis medarbejdere oplever, at systemet forstyrrer arbejdsgange og patientplejen, skabes en barriere mod både implementeringen og villigheden til at bruge systemet. Ændringer i arbejdsgange som konsekvens af systemet kan forstyrre etablerede professionelle roller, ansvarsfordeling og arbejdsstile. De medarbejdere, der har modstand mod forandringen, relaterer netop modstanden til frygt for, utilfredshed over, samt usikkerhed over nye roller og ansvar (Ross, et al., 2016).

¹ Litteraturen omtaler dét, der implementeres, som både "forandringen", "tiltaget", "systemet" og "innovationen."

Sociale faktorer:

En pointe, som alle tre artikler nævner, er betydningen af såkaldte *champions/key staff members/key stakeholders*, som jeg fortolker ud fra artiklerne, kan afdække samme betydning: dygtige og respekterede medarbejdere, der går forrest for at lede forandringen. Betydningen af disse medarbejdere til at lede forandringen lokalt beskrives som en gennemgående faktor, og lederskab på det kliniske niveau via disse respekterede klinikere, der er villige til at være frontløbere for forandringen, beskrives som en af de vigtigste faktorer for forandringsprocessen og vedtagelsen af tiltaget (Scott, et al., 2009). Involvering af en mindre gruppe af sådanne nøglemedarbejdere i udviklingen, udvælgelse af systemer, planlægningen og udførelsen af implementeringsprocessen ses vigtigt, fordi det kan afføde en følelse af ejerskab, selvtillid, accept, fornøjelse og stolthed over forandringstiltaget og en øget tilslutning hertil (Ross, et al., 2016; Zurynski, et al., 2023). En anden betydningsfuld social faktor for implementeringsprocessen er støtte og engagement fra ledelsen. Der lægges her vægt på, at ledelsesengagement bør finde sted i alle stadier af udviklings- og implementeringsprocessen, og at en mangel på ledelsesinvolvering kan være en barriere for implementering (Ross, et al., 2016). Selvom entusiasme og støtte fra ledere er vigtigt, kan det ikke stå uden lederes betydelige kompetencer, ekspertise og ledelseskapacitet, hvis det skal være effektivt nok. Ambitiøse ledere uden tilstrækkelig teknisk erfaring og kompetencer til at styre forandringen kan påvirke fastholdelsen af forandringen negativt, ved at fokus på tiltaget efter implementeringen falder bort (Zurynski, et al., 2023). Ydermere beskrives en støttende kultur og konsensus blandt medarbejderne om tiltagets fordele som betydningsfuldt. En arbejdskultur, der understøtter forandringer og skaber rum for belønning og anerkendelse styrker en implementering, og modsat bremses den af mangel på en forenet identitet i afdelingen, ringe ansvarlighed og modstand fra medarbejderne (Zurynski, et al., 2023). Jeg mener, at denne pointe fremlægges noget simplificeret, og jeg ser fx arbejdskultur og forenet identitet som værende komplekse størrelser, der er vanskelige bare at justere på, sådan som det kunne fremstå i artiklernes resultater. Artiklerne viser, at det er afgørende, at der skabes en konsensus hos flertallet af medarbejderne om, at forandringen er ønsket. En konsensus blandt mange medarbejdere kan blandt andet afføde flere ressourcer til implementeringen. En proces mod konsensus ledes ofte af de såkaldte *champions*, der blandt andet kan præsentere evidens for fordelene ved forandringen til resten af medarbejderne. Jeg sætter spørgsmålstejn ved, om det altid er muligt at fremvise evidens for et tiltag og om denne er overbevisende nok til at skabe konsensus. Artiklerne beskriver dog, at hvis et betydeligt antal medarbejdere ikke kan se en tydelig fordel, vil en barriere skabes. I forlængelse heraf understreges det, at beslutningen om et forandringstiltag ikke kan reduceres til ét individ, men kræver støtte fra niveauer rangerende fra individuelle klinikere, patienter, afdeling, institution og regionalt niveau (Scott, et al., 2009).

Individuelle faktorer:

På individuelt plan viser de to reviews, at den enkelte medarbejders kompetencer kan være en afgørende faktor. De rigtige evner og ekspertise hos de sundhedsfaglige medarbejdere, herunder tekniske kompetencer og erfaringer, har positiv indflydelse på accepten af eksempelvis et nyt it-system (Ross, et al., 2016). Ligesom den fælles konsensus var en afgørende social faktor, viser litteraturen også, at den enkelte medarbejders holdning til tiltaget er en afgørende individuel faktor, som kan påvirke implementeringen både negativt og positivt. Positive overbevisninger beskrives som en oplevelse af, at forandringen vil komme patienter til gode, en interesse i teknologien, en oplevelse af brugbarhed og en motivation til at arbejde med tiltaget. Modsat beskrives negative overbevisninger som, at forandringen vil forstyrre plejen af patienten, som mistro mod at forandringen kan forbedre patientbehandlingen og som frygt for forandring (Zurynski, et al., 2023; Ross, et al., 2016). Artiklerne peger altså på, at hvorvidt medarbejderen er overbevist om gevinsten og fordelene, har stor betydning for, hvorvidt medarbejderen er villig til at investere tid til forandringen og dermed tror på, at investeringen vil skabe gevinst hen ad vejen (Scott, et al., 2009).

Procesfaktorer:

Inden for selve implementeringsprocessen og tilrettelæggelsen af denne ses også afgørende faktorer. Planlægning af implementering er vigtig for succes, hvorimod mangel på en strategisk plan beskrives som en barriere. Inden for planlægning af processen nævnes elementer som:

- tydelig afgrænsning af roller og ansvar
- realistisk tidslinje og sikring af tilstrækkelig tid
- realistiske forventninger
- passende ressourcer
- kompetente medarbejdere
- evaluering
- tidlig udpegning og involvering af forkæmpere
- involvering af slutbrugere
- at kommunikere strategien ud til alle medarbejdere på en effektiv og kontinuerlig vis (Ross, et al., 2016; Zurynski, et al., 2023).

Af procesfaktorer viser alle tre artikler, at oplæring, uddannelse og adgang til viden og information er afgørende. Her uddyber artiklerne ikke, *hvem* der skal oplæres udover gennemgående at benytte det brede

ord *staff*. Jeg antager, at det er relevant for de medarbejdere, der skal 'udføre' forandringen, såsom sygeplejerskerne i min case, der skal benytte Forløbsguiden i deres arbejde. Regelmæssigt organiseret oplæring af både nye og erfarne medarbejdere vises at have betydning, hvilket tydeliggøres af resultater, der siger, at hvis medarbejderne også skal kunne overbevise patienterne om forandringens fordele, er de nødt til selv at være kompetente og selv sikre i, hvad forandringen indebærer (Scott, et al., 2009). Det kan også have betydning, om medarbejderne har adgang til kontinuerlig support i brugen af systemet (Ross, et al., 2016). Ydermere beskrives det, at organiseret refleksion og evaluering over tiltaget har positiv effekt på implementeringen. Evaluering og feedback på, hvilke positive resultater tiltaget har skabt, bidrager til medarbejdernes accept. Resultater, der regelmæssigt kommunikeres ud og er synlige for involverede medarbejdere, øger sandsynligheden for fastholdelse af forandringen samt fungerer som bevis for fortsat økonomisk støtte til tiltaget (Ross, et al., 2016; Zurynski, et al., 2023). Den sidste procesfaktor, litteraturen viser, er behovet for en løbende indsats efter den indledende 'go-live' fase, som henviser til en undererkendelse af vedligeholdelsesfasen i implementering (Ross, et al., 2016). Det er altså ikke tilstrækkeligt kun at fokusere sin indsats på implementeringen indtil forandringen tages i brug og 'går live', og derefter lade det gå sin gang. Derimod har det betydning, at man arbejder med tiltaget kontinuerligt og forholder sig til det løbende.

Tiltagets karakteristika:

De to litteraturstudier, der undersøger teknologiske tiltag, viser, at det har betydning, hvorvidt teknologien kan arbejde sammen med eksisterende teknologiske systemer. De teknologier, som kan justeres til at passe til omgivelserne, kan have større accept og vedtagelse hos medarbejdere. Herunder er det vigtigt, at information kan deles mellem systemerne. En måde at overkomme eventuelle manglende tilpasninger på, er ved at inddrage slutbrugernes inputs i designet og udviklingen af sundhedsteknologier. Dette kan også bidrage til øget brugervenlighed, hvilket har stor betydning, idet tekniske kompleksiteter og udfordringer såsom langsomme systemer, software og hardware der er svære at bruge, kan føre til, at de sundhedsprofessionelle medarbejdere ikke er i stand til at anvende systemet (Ross, et al., 2016). Det understreges i en artikel, at simple systemer er lettere at fastholde end komplekse (Zurynski, et al., 2023). Dette tema indgik ikke i case-studiet på børneafdelingerne.

Eksterne faktorer:

Den sidste type af faktorer, som litteraturen gør opmærksom på, er betydningen af eksternt lederskab, eksterne politikker eller eksterne standarder for praksis. Ifølge Zurynski kan støtte og lederskab fra eksterne interessenter facilitere fastholdelse af interventionen (Zurynski, et al., 2023). I dansk sundhedskontekst forstår jeg dette som opbakning fra regionen til at forandringen skal prioriteres og skaber værdi. Også eksterne

politikker og standarder, der er nedskrevet og synlige for klinikerne, kan være nødvendig for at skabe tiltro hos klinikerne til at et it-system eller en ny arbejdsgang er sikker at anvende (Ross, et al., 2016).

Opsummering:

Som gennemgangen viser, peger artiklerne på et stort antal faktorer, der har betydning for, hvorvidt en implementering er succesfuld og kan fastholdes på en sygehusafdeling. Nedenfor har jeg opsummeret faktorerne i et skema for at skabe et overblik:

Overskrifter	Konkrete faktorer
Strukturelle faktorer	- Deltidsansættelser - Udskiftning af medarbejdere - Travlhed og konkurrerende prioriteter - Tilpasning til eksisterende arbejdsgange
Sociale faktorer	- Champions - Støtte og engagement fra ledelsen - Ledelse med kompetencer, ekspertise og ledelseskapacitet - Konsensus - Præsentation af evidens - Beslutning træffes ved inddragelse af flere niveauer
Individuelle faktorer	- Enkelte medarbejders kompetencer - Enkelte medarbejders overbevisning
Procesfaktorer	- Strategisk planlægning af implementering - Adgang til kontinuerlig support - Organiseret refleksion og evaluering - Løbende vedligeholdelse af implementering efter 'go live'.
Tiltagets karakteristika	- Samarbejde med eksisterende teknologier - Inddragelse af slutbruger i design og udvikling - Brugervenlighed
Eksterne faktorer	- Støtte og lederskab fra eksterne interessenter

9. Metoder til empiri-indsamling

Efter litteraturstudiet ønsker jeg at indsamle empiri fra specialets praksis-kontekst, og metodeovervejelserne bag dette præsentere her.

9.1. Trin 5: Fokuserede deltagerobservationer

På dette fortolkningstrin foretager jeg yderligere to deltagerobservationer, som denne gang er fokuserede på evalueringsmøder på sygehusene. Målet med observationerne er at indfange klinikernes fortolkning af, hvordan deres implementering af Forløbsguiden er gået, idet de på evalueringsmøderne forholder sig til deres indledende målsætninger, og hvorvidt de er kommet i mål med disse. Gennem samtalerne mellem klinikerne og implementeringskonsulenterne har jeg mulighed for at danne en forståelse af, hvilke begrundelser klinikerne giver for deres fortolkninger af implementeringen, for eksempel *hvorfor* noget er gået godt eller mindre godt. Denne type empiri giver mig mulighed for at analysere, hvilke elementer i processen, der kan have særlig betydning for implementering af Forløbsguiden. Dataindsamlingsmetoden er udført på samme måde som ved deltagerobservationerne i DEL 1, dog adskiller noter fra disse to observationer sig ved at have et indskrænket fokus på at indfange fortolkninger af, hvorfor noget er gået godt eller dårligt for afdelingen. Empiri fra observationerne findes i bilag 13 og 14.

9.2. Trin 6: Semistrukturerede interviews

Efter at have foretaget litteraturstudie og deltagerobservationer, ser jeg et behov for at supplere med en dataindsamlingsmetode, hvor jeg kan få mulighed for at få klinikere til at uddybe deres oplevelser af implementeringsprocessen. Derfor ser jeg individuelle interviews som en mulighed. Mine inklusionskriterier for informanter er, at de skal være klinikere på en sygehusafdeling og være en del af deres afdelings arbejdsgruppe omkring Forløbsguiden, samt at de skal befinde sig et sted i implementeringsprocessen, hvor Forløbsguiden er blevet udgivet og de har gjort sig deres første erfaringer med brugen i praksis. På den måde håber jeg at kunne indsamle uddybende refleksioner over, hvordan det er gået, og hvad der kunne lægge til grund for dette. Jeg opsøger kontaktoplysninger på sådanne klinikere hos min kontaktperson Konsulent A og ender med at kontakte fem klinikere. Det lykkedes at aftale interviews med to af dem, hvilket kan afspejle en travl praksis og vanskelig adgang til feltet. De to informanter kaldes "Kliniker 1" og "Kliniker 2".

Kliniker 1 er udviklingssygeplejerske på en sengeafdeling og arbejder med udviklingsprojekter i afdelingen. Hun har ikke direkte patientkontakt til dagligt, men har faglig baggrund som sygeplejerske. I denne afdeling har de taget Forløbsguiden i brug for cirka tre måneder siden. Kliniker 2 er sygeplejerske med patientkontakt på en

lungeafdeling, og på denne afdeling er de næsten klar til at udgive Forløbsguiden og dermed langt i implementeringsprocessen, hvilket vurderes som relevant for specialet, trods det at Forløbsguiden ikke er taget helt i brug endnu. Begge informanter beskriver sig selv som tovholdere på implementeringen af Forløbsguiden i deres afdeling og vurderes at kunne bidrage med oplevelser af implementeringsprocessens på godt og ondt.

Ved at vælge det semistrukturerede interview åbner jeg op for muligheden for på den ene side at sikre mig svar på emnet ved hjælp af foruddefinerede spørgsmål, som afdækker emnet og det ønskede formål med interviewet. Samtidig tilbyder metoden fleksibilitet og åbenhed, så jeg har mulighed for at stille uddybende spørgsmål, der går ud over interviewguiden. Dette muliggør en mere nuanceret forståelse, som kan få informanternes perspektiver til at træde tydeligere frem (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 222). Interviewguiden kan findes i bilag 10.

Interviewene foregår som telefoninterview frem for fysisk møde eller via TEAMS, da jeg forsøger at imødekomme sygeplejerskernes arbejdspraksis, hvor jeg ud fra min for forståelse ved, at man ikke nødvendigvis har sin egen arbejdscomputer og ikke har kamera på computerne, og derfor vil det telefoniske interview i højere grad foregå på deres præmisser. Begge informanter udtrykker positiv holdning til denne tidsbesparende metode. Jeg er bevidst om, at det telefoniske interview ikke inddrager den kropslige tilstedeværelse, og at jeg derfor kan gå glip af mimik og kropssprog i fortolkningen af interaktionen. Her må stemmelejet udgøre udtrykket for stemninger, holdninger m.m. hos informanten. Interviewene er lydoptaget på diktafon og herefter transskriberet, hvorefter lydoptagelsen er slettet (se bilag 11 og 12).

9.2.1. Induktiv analysestrategi:

Empiri fra deltagerobservationerne og semistrukturerede interviews er behandlet som et samlet datasæt i analysen, og resultaterne fra litteraturstudiet inddrages undervejs til yderligere fortolkning og underbygning af analysens resultater, hvor det ses relevant. Analysen er induktivt funderet, og i udarbejdelsen af en analysestrategi har jeg valgt at kombinere Giorgis meningskondensering med en inddragelse af inspiration fra den hermeneutiske meningsfortolkning. Jeg ser Giorgis meningskondensering som en anvendelig systematisk måde at tematisere empirien på, som kan benyttes til at udpege betydningsfulde faktorer.

Meningskondensering er fremlagt af fænomenologen Giorgi, som forklarer en fremgangsmåde bestående af 5 trin i behandlingen af empirien, hvilket resulterer i en form for kategorisering af det transskriberede materiale (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 267). Ifølge Brinkmann og Kvale (2015), består Giorgis fem trin af:

1. Gennemlæsning af al empiri, så der opnås en fornemmelse af helheden
2. Bestemmelse af tekstens naturlige *meningsenheder*, som de er udtrykt
3. Formulering af centrale temaer, som er dominerende for de naturlige meningsenheder

4. Stille spørgsmål til meningsenhederne ud fra forskningsspørgsmålet
5. Temaer bindes sammen til et deskriptivt udsagn (s. 269-270).

Den hermeneutiske meningsfortolkning inddrages i punkt 4 og 5 til udfoldelse af de fundne temaer. Her tages inspiration fra det hermeneutiske princip om at "fortolkningen rækker ud over det umiddelbart givne og beriger forståelsen ved at frembringe nye differentieringer og indbyrdes relationer i teksten, hvorved dens mening udvides" (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 275) og princippet om at empirien fortolkes ud fra dens forskellige dele, som sættes i relation til helheden (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 275). I punkt 4 og 5 inddrages også forståelsen fra litteraturstudiet til diskussion af de centrale temaer.

Det bør tilføjes, at selvom meningskondensering er formuleret af en fænomenolog, lægger Brinkmann og Kvale (2015) vægt på, at "meningskondensering ikke er begrænset til en fænomenologisk tilgang, men også kan bruges i andre kvalitative undersøgelser" (s. 270).

Gennem denne fremlagte analysestrategi forsøger jeg ikke at finde frem til en endegyldig sandhed, men fortolker og tillægger empirien mening ud fra den forståelse, der er opnået gennem iterationerne i specialet, som bliver til den forforståelse, der bringes med ind i DEL 3.

10. Analyse af faktorer

Gennem en meningskondensering af indsamlet empiri er en lang række undertemaer identificeret, som afdækker al empirien. Disse er herefter inddelt i følgende seks overordnede temaer:

- Tid til at arbejde med Forløbsguiden
- Arbejdsgruppens udformning
- Karakteren af patientforløb
- Appens teknik og opbygning
- Målsætning og evaluering af resultater
- Forankring af nye arbejdsgange

Temaerne rummer flere undertemaer, som kommer frem som nuancer i udfoldelsen af hvert tema. Kondenseringen afdækker størstedelen af empiri-sættet, og jeg har kun udeladt enkelte undertemaer, som ikke kan rummes i de overordnede temaer, og som ikke vurderes relevante ift. implementeringsprocessen. Temaerne ovenfor repræsenterer de faktorer, jeg fortolker, kan have afgørende indflydelse på, hvordan implementeringen er forløbet på de inddragede afdelinger ud fra empirien. De uddybes i tilfældig udvalgt rækkefølge nedenfor, da faktorerne ansues at have sammenhæng med hinanden på kryds og tværs og ikke lægger op til en bestemt rækkefølge.

10.1. Tid til at arbejde med Forløbsguiden

Den vinkel, jeg i starten af specialet fandt interessant ved implementeringen af Forløbsguiden, var, at det er klinikerne selv, der danner en arbejdsgruppe, producerer informationsindholdet og driver implementeringen i afdelingen. Empirien viser, at denne pointe kan have konsekvenser for implementeringsprocessen. Flere informanter beskriver fænomenet tid og mangel på samme som værende den mest afgørende faktor for eventuelle udfordringer med implementering:

”Det, der måske har været lidt bøvl, det er at øøh. At øøh. At få tiden. Altså at vi får skabt tid til at arbejde med det her. Fordi det tager tid. Og det gør det. Og det gør det både at udvikle og at drifte. Og det tager jo tid væk fra plejen” (Kliniker 1, bilag 11, s. 37, l. 13).

Her beskriver Kliniker 1, at arbejdsgruppen er nødt til at *skabe* tid til at arbejde med Forløbsguiden, hvorfor det kan tolkes, at der ikke i forvejen er sat tid af til projektet i klinikernes arbejdsdag. Når der skal *findes* tid til det, må en konsekvens blive, at denne tid bliver taget fra selve kerneopgaven, nemlig plejen. Det er et interessant paradoks at diskutere, at Forløbsguiden er udviklet til at kunne kvalitetsløfte informationsniveauet til patienter og frigive tid til kerneopgaven hos klinikerne, men fordi implementeringen skal drives af klinikere selv, så tager projektet tid fra kerneopgaven. Det er uvist, om dette paradoks kun er gældende i begyndelsen af projektet og

derimod med tiden kan begynde at frigive ressourcer i stedet. Kliniker 1 uddyber, at hun forud for implementeringen ikke var indforstået med, hvor meget tid implementeringen krævede:

”Altså noget der måske har overrasket mig, så er det hvor lang tid det alligevel, altså det kræver enormt meget vedholdenhed øhm og fokus” (kliniker 1, bilag 11, s. 42, l. 1).

Alligevel er det lykkedes for denne arbejdsgruppe at skabe den nødvendige tid til implementeringen ved at inddrage ledelsen og vagtplanlægger til at organisere tiden, som jeg fortolker har resulteret i dage, hvor sygeplejerskens vagt omlægges fra plejen til projektet:

”Ååååh, jamen øhm. Ja hvordan håndterer vi det? Jamen vi er jo nødt til at prioritere det, kan man sige. Og så har vi fået talt med vagtplanlægger og vi har talt med ledelsen om, hvornår kan vi, hvornår er det realistisk, at vi får dage til det her? Og så har vi egentlig fundet løsninger” (kliniker 1, bilag 11, s. 37, l. 19).

Kliniker 2 beskriver, at en mangel på tid kan afføde andre konsekvenser end kun at tage tid fra plejen, såsom påvirkning af motivation og kompetencer:

”En af vores udfordringer har været nok egentligt at finde tid til det. I vores daglige program. Og når man så kommer væk fra det, så ja, motivationen mangler måske lidt og man kommer så langt væk fra det, at man glemmer det lidt. Hvad var det nu jeg skulle her og hvordan og hvorledes. Så vi havde en ude for ligesom at få gang i det igen” (kliniker 2, bilag 12, s. 47, l. 27).

Ud fra denne beskrivelse ser jeg, at det kan være nødvendigt for klinikerne at arbejde med Forløbsguiden jævnligt for at opretholde kompetencerne til at navigere i løsningen. I dette tilfælde havde arbejdsgruppen behov for at få en implementeringskonsulent ud for at sætte fokus på projektet igen og træne de glemte kompetencer. Det er interessant, at hun beskriver, at motivationen falder, når hun har tid væk fra Forløbsguiden, hvilket bekræfter, hvor stor betydning denne faktor kan have for, hvorvidt implementeringen bliver en succes i afdelingen. Tiden som faktor knytter jeg sammen med resultater fra eksisterende forskning, som under de strukturelle faktorer viste, at travlhed og konkurrerende prioriteter kan være en barriere for implementeringsprojekter på sygehuse. Overordnet set anskuer jeg, at en konkurrerende prioritet i denne praksiskontekst er tid til selve patientplejen. Men Kliniker 2 uddyber, at også andre projekter kan konkurrere om klinikernes tid:

”Men pga. alle mulige andre opgaver også og andre tiltag vi også skal implementere, så er det faktisk kommet lidt sådan bagerst i køen så kom der noget der hed TeleKOL, der fyldte rigtig

meget, som vi SKAL implementere øh, og det er en skal-opgave, hvor det andet har været sådan lidt mere, jamen øh, det må I gerne, hvis I har lyst til det" (kliniker 2, bilag 12, s. 48, l. 6).

Her ses en udfordring i, at Forløbsguiden er organiseret som et tilbud til afdelingerne i Region Midtjylland, fordi løsningen kan komme bagerst i køen til fordel for andre "tvungne" projekter. Til et af evalueringsmøderne har jeg noteret: "De roses af lederen for at tænke tid ind til appen i deres arbejdsdag" (bilag 14, s. 55, l. 32), hvilket kan sige noget om, at ledelsen her strukturelt set ikke har afsat eller prioriteret specifikke arbejdstimer til projektet, men klinikerne selv må klemme det ind. Når løsningen er indkøbt af regionen som et tilbud og en kan-opgave, kan det muligvis være vanskeligt for afdelingsledelsen at argumentere for at afsætte tilstrækkelige ressourcer til opgaven i forhold til andre opgaver, som de *skal* leve op til. Her kan faktoren *tid* og den enkelte afdelings prioritering af denne spille ind i det faktum, at sygehuse er politisk styrede organisationer, hvor beslutninger træffes oppefra af bl.a. Regionsrådet.

10.2. Arbejdsgruppens udformning

En faktor, der kan have betydning for, hvordan implementeringen forløber, er, hvordan den pågældende arbejdsgruppe er udvalgt og sammensat. Det bliver tydeligt i min gennemgang af empirien, at arbejdsgrupperne har mange forskellige udformninger. De består alle af klinikere, men det er forskelligt, hvor mange de er, og hvorfor de er udvalgt. Hos Kliniker 1 beskriver hun, at deres arbejdsgruppe har meldt sig til opgaven på baggrund af interesse: "ja ja, og det har været interesse-baseret" (kliniker 1, bilag 11, s. 31, l. 9). Hos en anden afdeling, fremgår det, at medlemmerne kan være udvalgt på baggrund af kompetencer: "Der er kun én i sekretær-gruppen, der sidder med det. Beskriver sig selv som den eneste med tekniske kompetencer til det: "Jeg er nok et teknisk geni ift. de andre"" (bilag 14, s. 58, l. 16).

Dette citat spiller sammen med en af de individuelle faktorer i litteraturstudiet, hvor det vises, at den enkelte medarbejders kompetencer, herunder tekniske kompetencer og erfaring, kan have indflydelse på implementeringen. Netop tekniske kompetencer ser jeg ikke som en selvfølge for klinikere, der er sundhedsfagligt uddannet, og derfor kan det potentielt være tilfældigt, om afdelingen besidder medarbejdere med nødvendige kompetencer til at implementere Forløbsguiden eller ej. Derfor er det muligt, at nogle afdelinger har bedre forudsætninger end andre, selvom alle tilbydes teknisk oplæring undervejs. Udover udvælgelse på baggrund af interesse og kompetencer, kan det ses, at nogle medlemmer sidder med opgaven, fordi der ikke var andre, der ville:

"Åh jeg tror lidt at det sådan, det har måske lidt hængt kun på mig. og øh det kan jeg da godt, altså. Der har ikke rigtig været nogen, der ellers sådan har, også ligesom gik med bolden. Hvor

vi hver især ligesom har ting, vi ligesom står for, og så er det øh, ja, måske har det ligesom gjort at øh, at det ikke er noget vi sådan har løftet i fælles flok" (kliniker 2, bilag 12, s. 48, l. 13).

Ud fra dette citat forstår jeg, at Kliniker 2 har følt sig nødsaget til at påtage sig opgaven og samtidig sidder alene med den. Hun har ansvaret for at producere indhold og beskriver, at når afdelingen skal til at tage løsningen i brug over for patienter om lidt, så skal opgaven ud på flere hænder, for at det kan lykkes. I undersøgelsen ses en afdeling, som har beholdt opgaven på én person efter at have taget Forløbsguiden i brug, hvilket har vist sig at have konsekvenser for forankringen af tiltaget: "Der er én, der har tildelt forløb, og når hun ikke er her, så er der ikke andre, der gør det" (bilag 13, s. 52, l. 22). Dette viser, at hvis ikke opgaven fordeles på tilstrækkeligt antal personer, så bliver den ikke udført konsekvent over for patienterne. En informant udtrykker: "Men det er selvfølgelig lidt mere sårbart, at der kun er én der kan" (bilag 14, s. 58, l. 22), hvilket jeg vil argumentere for, må have en stor betydning for, hvorvidt løsningen anses for at være implementeret i afdelingen.

Under dette tema trækker jeg tråde til litteraturstudiet, der under de sociale faktorer lægger vægt på betydningen af de såkaldte *champions*, som skal gå forrest for at lede forandringen. I Forløbsguidens praksiskontekst må disse champions bestå af arbejdsgruppens medlemmer, som skal tage lederskab for implementeringen på det kliniske niveau. Forskningsartiklerne viser, at disse nøglemedarbejdere har afgørende betydning. Jeg vil argumentere for, at en champion kan have større succes med at gå forrest for forandringen, hvis denne besidder en interesse og de rette tekniske kompetencer for at løfte opgaven, frem for at være udvalgt af nødvendighed. Det vil jeg knytte sammen med denne pointe fra litteraturstudiet: "Artiklerne viser, at det er afgørende, at der skabes en konsensus hos flertallet af medarbejderne om, at forandringen er ønsket." Her kan det diskuteres, om afdelingen hos Kliniker 2 har opnået denne konsensus, da hun beskriver, at det ikke er et projekt, de har formået at løfte i fælles flok. En afdeling, hvor der kan tolkes en større fælles konsensus hos medarbejderne og ses en arbejdsgruppe, der ligesom champions, formår at inspirere og oplære de andre medarbejdere, er hos Kliniker 1. Jeg har udvalgt følgende væsentligste citater til at underbygge denne tolkning:

"jamen de er super gode til at informere vores kollegaer om det, når vi har de der uformelle snakke, så bliver det tit og ofte dem der egentlig tager over, fordi de er så godt inde i materialet og så godt inde i Emento, at det kan de sagtens øh" (bilag 11, s. 31, l. 13).

"Altså der kommer flere og flere til, men det har været en stor hjælp at øhm at vi har nogen i gruppen, som ligesom ved hvordan man gør. Som ligesom er tæt på deres kollegaer og lige kan vise hvordan når de bliver informeret om, hvad er det egentlig der står i det her, de her forløb og ah det giver god mening, så gør det også, det virker i hvert fald som om at så er de bedre til at, at så synes de det er en god ide at bruge, ergo så tror jeg også at det bliver brugt noget mere

.... jeg tror bare, jo mere det får lov til at gro, jo flere ringe i vandet kommer der også, og jo flere bliver nysgerrige på det” (bilag 11, s. 32, l. 12).

Jeg vil argumentere for, at faktorer som *konsensus* og *champions* fra litteraturstudiet kan tolkes at have relation til denne undersøgelsespraksis i forhold til, hvordan arbejdsgruppen er udformet. Et resultat af analysen er, at det kan have betydning, hvilke kompetencer arbejdsgruppen besidder, og hvilken motivation, der ligger bag deltagelsen. Det vurderes at have positiv betydning for implementeringen, hvis arbejdsgruppen består af medarbejdere, der har en interesse for forandringen, der formår at informere kollegaer om løsningen, der kan oplære sine kollegaer i løsningen og dermed udbrede forankringen og slutteligt består af et tilstrækkeligt antal til at løfte opgaven.

10.3. Karakteren af patientforløbet

Denne faktor handler om, hvilken betydning patientens forløb har for implementeringen. Hos Kliniker 1 er der tale om et sengeafsnit, hvor patienten er indlagt én gang af længere tid, og opdeles efter, hvilken uge patienten er født i, da det er en afdeling for for tidligt fødte. Som konsekvens af denne karakter af patientforløb beskriver Kliniker 1 det som ukompliceret at oprette forløb til en udvalgt gruppe i Forløbsguiden:

”Altså der ved jeg ikke om vi har nogle ret tydelige forløb måske. Øhm. Fordi det var i hvert fald nemt for den ene af de to tovholdere bare at bygge og bygge og bygge og så lige pludselige så havde vi forløb til alle vores patient... kategorier. Øhm. Nogle af dem lapper jo selvfølgelig også ind over hinanden. Så derfor, det er sådan meget lige til højrebenet, fordi det har noget med ligesom hvad for en uge, man er i, altså hvornår man er født og sådan noget. Så der har ikke været frustrationer der” (Kliniker 1, bilag 11, s. 37, l. 6).

”Det er jo rene forløb, vi har øhm. Og vi har dem i lang tid, så vi kan gå ind til dem flere gange og vi kan sådan, altså det der, det er jo virkelig en fordel” (Kliniker 1, bilag 11, s. 41, l. 22).

Den beskrevne type forløb gør det muligt for arbejdsgruppen at skabe indhold i appen, der er tydeligt opdelt efter patientkategorier. Derudover bliver arbejdsgangen for klinikerne omkring det at tildele et forløb til patienten lettere, fordi det gøres, når patienten indlægges, og der tolkes at være tid til at informere om appen. Som kontrast til den type patientforløb, beskriver Kliniker 2 store vanskeligheder ved at skulle opdele patienter i faste kategorier, da deres patientgruppe i praksis får meget forskellige forløb:

”Jamen øh vi har ift. Forløbsguiden valgt at vi ville starte op med et forløb omkring en bestemt lungesygdom, der hedder sacroidose. Øhm. Og. Men det er lidt svært for os sådan at bruge den som den egentlig er tiltænkt Forløbsguiden. Øhm. Fordi det er sådan lidt individuelt hvordan

forløbene egentlig bliver [...] øhm, det er svært at sætte op i et system, hvordan det præcist skal være, fordi nogen skal ses efter tre måneder, nogen skal ses efter et halvt år. Øhm. Og så er det lidt forskelligt hvad de skal have lavet de gange, de så er her” (Kliniker 2, bilag 12, s. 43, l. 21).

Samme udfordringer beskrives af afdeling for hjertesygdomme: ”Det er primært i forhold til ”aftale²” fordi det vi har, det er jo en klinik, hvor vi har et meget individuelt patientforløb. Ja det vil sige, vi egentlig har rigtig mange forskellige kontakter på forskellige tidspunkter” (bilag 13, s. 51, l. 9).

Ud fra disse beskrivelser tolker jeg, at det gør det svært at benytte løsningen, hvis patienternes forløb ikke kan forventes at være ensformige og kunne opdeles i klare kategorier. Appen giver mulighed for, at man fx kan give patienten bestemt information forud for eller efter et hospitalsbesøg, men hvis besøgene ligger forskelligt fra patient til patient, giver det ikke mulighed for klinikerne at bygge standardforløb i appen, som kan tildeles alle patienterne i den valgte patientgruppe. Selvom afdelingerne har udvalgt én patientgruppe, de mente var afgrænset, har det alligevel vist sig at være for individuelt: ”Så skal man næsten lave individuelle forløb alligevel, og så bliver det for omfattende” (kliniker 2, bilag 12, s. 44, l. 14). Disse fortællinger, ser jeg, lægger sig op ad strukturelle faktorer, såsom forandringstiltagets evne til at tilpasses eksisterende arbejdsgange, som beskrives i litteraturstudiet. Her tolkes det ikke kun ift. klinikernes arbejdsgange, men også tilpasningen til patientens ”arbejdsgange” eller patientflowet, altså hvilke handlinger patienten skal igennem i sit forløb, og hvordan kontakten med sygehuset udformer sig i praksis.

Konsekvensen hos de to afdelinger, der vurderer at have for individuelle patientforløb, bliver, at de ikke formår at kunne benytte Forløbsguiden som en reel *forløbs*-guide, hvor information gives løbende til patienten tidsmæssigt i sammenhæng med patientforløbet. Derimod beskriver de appen som et opslagsværk til patienterne: ”Så det er nok lidt endt ud med faktisk at være et opslagsværk, eller sådan en patientinformation, hvor alt er samlet” (kliniker 2, bilag 12, s. 44, l. 5). ”Det er ikke en forløbsguide lige nu, men bare et informationsværktøj, hvor informationen bare ligger elektronisk” (bilag 13, s. 51, l. 25).

Karakteren af patientforløbet vurderes dermed som en afgørende faktor for, hvorvidt Forløbsguiden kan tilpasses praksis, for hvordan afdelingen ender med at benytte Forløbsguiden, og for hvilken funktion løsningen får. For optimal udnyttelse af Forløbsguidens tiltænkte funktion viser empirien, at patientforløbene skal være skarpt defineret og forløbe ensartet. Det kan diskuteres, hvor mange patientforløb, der lever op til dette i sygehusvæsenet. Derfor tolkes det som en relevant udfordring, som mange afdelinger kan stå over for i implementeringsprocessen.

² En fane i appen, hvor information relateret til et sygehusbesøg kan lægges ind.

10.4. Appens teknik og opbygning

I tydelig forlængelse af ovenstående tema beskriver afdeling for hjertesygdomme, at selve appens opbygning ikke lever op til anvendelse i deres praksis:

”vi vil egentlig gerne bruge det men men, jeg synes det er lidt svært, et eller andet sted så synes vi ikke måden det er bygget op på det kan leve op til vores behov. Motivationen for at bruge den, den mangler, fordi vi ikke synes det er godt nok” (bilag 13, s. 51, l. 7).

Pointen indleder til en uddybning af den faktor, jeg har valgt at kalde appens teknik og opbygning, som fokuserer mere konkret på, hvordan appløsningen er designet, og hvilken betydning dette kan have for implementeringsprocessen. Denne faktor er omtalt af alle informanterne og vurderes derfor som relevant. Det ses at have konsekvenser for praksis, at appen er designet til at kunne bygge forløb med information koblet op på opgaver, der er fordelt over tid i patientens forløb. Denne specifikke opbygning kan tolkes at være en begrænsning for de afdelinger, der som tidligere beskrevet, ikke kan fastlægge patientforløb på forhånd. Disse afdelinger kunne have behov for et andet design, hvilket en kliniker fx italesætter således: ”Det er unaturligt, at informationen ligger under ”opgaver”. Det skal kunne fane-inddeles under en informationsfolder” (bilag 13, s. 52, l. 20). På denne måde ville de afdelinger kunne benytte Forløbsguiden som en generel digital informationsplatform.

Jeg ser i analysen praksiseksempler på litteraturstudiets beskrevne faktor ”tiltagets karakteristika”, som bl.a. lagde vægt på, at teknologien bør være brugervenlig og kunne arbejde sammen med eksisterende teknologiske systemer. Hertil beskriver informanter, at systemet i sig selv er brugervenligt at navigere i, når man skal redigere indhold eller uploade nyt. Dog fremkommer i forlængelse af analysen af faktoren ”Tid til at arbejde med Forløbsguiden”, at tid væk fra systemet kan gøre, at klinikerne glemmer, hvordan man gør, selvom det er et brugervenligt design: ”Jeg synes det har været okay brugervenligt. Man skal bare lige sådan huske, hvordan man sætter billeder ind” (bilag 14, s. 58, l. 13).

Klinikerne har oplevet flere tekniske udfordringer, der har påvirket deres implementeringsproces. Her kan nævnes, at opstart af systemet fra morgenstunden har taget lang tid, hvilket har skabt frustrationer i den travle dagligdag. Der nævnes også udfordringer med, at patienterne skal oprette sig med MitID i appen, da nogle patienter er fritaget for elektronisk post og derfor ikke har MitID, og derudover har dette krav bremset opstarten af et forløb til børn, fordi det her skal være forældrenes MitID, der skal tilknyttes til barnets forløb: ”Der hvor vi jo bare fuldstændig blev blokeret i udviklingen af det [et nyt forløb til børn], det var så omstændigt det var at få oprettet det, altså med forældre-MitID” (bilag 14, s. 59, l. 30).

Den del, jeg tolker, har givet anledning til flest udfordringer i dette tema er systemets manglende integration til afdelingernes bookingsystem "BookPlan", hvor patientens tider administreres af personalet. Fra evalueringsmødet med høreklubben gives et eksempel på, hvori udfordringen ligger:

"Hvis der ændres i tiderne og det ikke følger med i appen, så skaber det lidt forvirring. Tiden skal rettes til inde i Emento. Hvis de selv flytter tiden eller hvis de skal have en læge-tid inden høreprøven, så skal sekretæren selv gå ind i emento og rette tiden til. Det er jo en kæmpe udfordring med Web-booking, at de selv kan gå ind og flytte deres tid og så sige "hallo, det virker ikke inde i Emento" (bilag 14, s. 55, l. 9).

Jeg tolker dette manglende samarbejde mellem de to systemer, som værende grund til frustrationer hos patienter, da det også kommer til udtryk under begge evalueringsmøder, at chatfunktionen i appen oftest bliver brugt til henvendelser, hvor patienten er i tvivl om en tid og må afklare denne med personalet via chatfunktionen. Litteraturstudiet underbygger betydningen af, at information kan deles mellem det nye system og eksisterende system, hvilket ikke ses muligt her. Implementeringskonsulenterne understreger ved hvert møde, at en integration til BookPlan er undervejs og vil udkomme til efteråret. Jeg tolker, at motivationen eller evnen til at overkomme udfordringen indtil da, er forskellig fra afdeling til afdeling, da hjerterafdelingen ønsker at stoppe driften af Forløbsguiden helt indtil integrationen er på plads, mens høreklubben udtrykker: "Bare der er udsigt til noget, så kan vi leve med meget" (bilag 14, s. 55, l. 15).

Den eneste afdeling, der ikke nævner den manglende integration som et problem, er hos Kliniker 1 på sengeafsnittet, hvilket giver mening, idet patienten her kun benytter appen under selve indlæggelsen og derfor ikke har behov for at kunne se tider før eller efter hospitalsbesøget.

10.5. Målsætning og evaluering af resultater

Denne faktor handler om, hvordan afdelingerne forholder sig til det at have mål for implementeringen. Til evalueringsmøderne opnår jeg viden om, at implementeringskonsulenterne samarbejder med klinikerne i starten af processen om at udarbejde en række afdelingsspecifikke målsætninger, som er de effekter, den enkelte afdeling ønsker at opnå på længere sigt med Forløbsguiden. Til evalueringsmøderne bringer implementeringskonsulent disse frem igen og spørger ind til, hvordan klinikerne synes de er kommet i mål med punkterne. Gennem interviewguiden spørger jeg klinikerne ind til, hvad deres målsætning er og om de har defineret en sådan, hvortil Kliniker 1 fx svarede:

"neej det, jae nej, det har vi egentlig ikke, det har vi egentlig ikke sat op, det vil jeg nok gøre. Øøhm.. en målsætning" (Kliniker 1, bilag 11, s. 34, l. 8).

Citatet skaber en undren om, hvorvidt klinikerne har glemt, at dette blev faciliteret i begyndelsen eller om det slet ikke er sket. Under et evalueringsmøde, hvor arbejdsgruppen spørges ind til resultaterne af tiltaget, svares bl.a. således: "Det lyder da til, at nogle af dem [patienterne] er mere velforberedte" (bilag 14, s. 56, l. 8). "Hvad med opkaldene?" "Ja, det er svært at sige, for der er travlt på telefonen, som der plejer at være. Jeg har ikke lige tænkt over om det har ændret sig i type af opkald" (bilag 14, s. 56, l. 16).

I undersøgelsen tolker jeg generelle tegn på, at klinikerne har "glemt" de indledende målsætninger og ikke siden da har organiseret indsatser for at opnå disse. Derimod skabes en forståelse af, at afdelingen først forholder sig til dette, når de har evalueringsmødet med implementeringskonsulenten, hvor det bringes på banen af denne. Der, hvor en informant giver udtryk for, at arbejdsgruppen reflekterer over Forløbsguiden i fællesskab, handler refleksionerne om indholdsproduktionen og revision af indholdet, men ikke om målsætningerne:

"Jeg har ca. en gang i måneden, der har vi sådan en Emento dag, hvor vi sidder og arbejder, kigger på, hvad kan vi udvikle, hvad skal vi revidere og hvad skal vi lave af pakker og sådan noget" (Kliniker 1, bilag 11, s. 38, l. 35).

Der ses en uformel og afprøvende tilgang til implementeringen, hvor det kan fremgå af empirien, at de ønsker at teste løsningen af i praksis før de forholder sig til bestemte målsætninger:

Kliniker 1: "Så det er meget sådan uformelt egentlig" (bilag 11, s. 33, l. 22).

Interviewer: "og er du inde og kigge på det der statistik engang imellem?" Kliniker 1: "ja det er jeg. Ja det er jeg. Det er sådan lidt, ej det er ikke systematisk, men det er vi sådan af og til. men men men, det har været meget, nu skulle vi lige have det brugt og finde ud af hvordan man gør, og så skulle vi tage det, så tager vi så, hvordan fungerer det efterfølgende" (bilag 11, s. 34, l. 24).

Denne udtalelse bekræfter min forståelse fra bl.a. forankringsmødet i DEL 1, hvor jeg forstod tilgangen til ibrugtagningen som "nu må vi lige se, hvordan det går." Emento giver klinikerne mulighed for at dykke ned i data om, hvordan appen bliver brugt af patienterne, da den tilbyder en statistik-platform, som bl.a. viser procenttal på, hvor mange der åbner forløbene, hvor mange der chatter, hvor længe de opholder sig i appen osv. Derfor gør systemet det muligt for arbejdsgruppen at opsætte statistiske succeskriterier, der ønskes arbejdet hen imod på lang sigt.

Et argument for, at temaet har betydning for deres implementering, ses i forlængelse af forståelsen fra DEL 1 om, at forventningerne forud for implementeringen ikke altid lever op til realiteten efter ibrugtagning, hvorfor

jeg anskuer, at det er væsentligt at forholde sig til de indledende målsætninger undervejs i praksis. Et eksempel på en uoverensstemmelse mellem målsætninger og virkelighed reflekterer Kliniker 2 over:

”Fordi ved det første møde, der tænkte vi, nåå men det lyder rigtig godt og der så kan man det og det og det. Men når man så skulle ind og sidde og lægge det ind og finde ud af, jamen øhm, hvordan gør man det så rent praktisk? øh så så blev det bare for stor en opgave” (Kliniker 2, bilag 12, s. 47, l. 11).

Dette citat kan understrege vigtigheden i at evaluere på de indledende målsætninger igen, når man er længere i processen, og vurdere om disse skal ændres og tilpasses deres nye forståelse, og måske endda hvorvidt projektet overhovedet bidrager positivt til afdelingen eller ej. Her tænker jeg især også på det faktum, at Forløbsguiden er et valgfrit projekt, hvor det muligvis kunne styrke argumentet for at investere ressourcer til projektet, hvis projektlederen i afdelingen kunne fremvise målbare positive effekter. Et sådant ønske udtrykker Kliniker 1 også:

”Det kan godt være vi synes det er fint, og at vi synes det er en god ide og, vi har en fornemmelse af at vores patienter synes det er en god ide, men det ville være fint at få noget mere data ind på det” (bilag 11, s. 40, l. 1).

Der er dog ikke organiseret indsatser for at opnå denne data, selvom Emento kan bidrage til at facilitere det. Relevansen af det at have en målsætning underbygges af litteraturstudiets artikler, som lægger vægt på, at organiseret refleksion, evaluering og feedback på, hvilke eventuelle positive resultater tiltaget har skabt, har positiv effekt på implementeringen og medarbejdernes accept. I forskningsartiklerne konkluderes det, at hvorvidt medarbejderen er overbevist om gevinsten og fordelene, har stor betydning for, hvorvidt medarbejderen er villig til at investere tid til forandringen og dermed tror på, at investeringen vil skabe gevinst hen ad vejen. Samt at resultater, der regelmæssigt kommunikeres ud og er synlige for involverede medarbejdere, øger sandsynligheden for fastholdelse af forandringen (Scott, et al., 2009). Da det fremkommer, at ingen af afdelingerne i empirien endnu har foretaget indsatser til at måle effekter og præsentere disse, vil jeg argumentere for, at faktoren ”målsætning og evaluering af resultater” har afgørende betydning for helhedsforståelsen af praksis.

10.6. Forankring af nye arbejdsgange

Den sidste faktor, jeg har analyseret som tema i empirien, omhandler afdelingernes planlægning af nye arbejdsgange efter ibrugtagning, herunder hvordan roller og ansvar defineres og udføres. Det fremgår, at klinikerne kan opleve udfordringer med at få medarbejdere til at handle ens i forhold til Forløbsguiden:

”Så har jeg hen over efteråret i en måned var jeg oppe og undervise vores sygeplejersker og har sådan efterfølgende været oppe forbi afdelingen, hvordan går det? Og lederen deroppe har jeg også, hvordan går det med at bruge det, argh nogen bruger det, og nogen bruger det ikke, så vi har brugt ret meget tid på og øhm.. og ligesom at sige, bruger vi det egentlig og hvad er det der gør at man ikke bruger det og kan vi gøre noget der er nemmere, og sådan nogle ting” (Kliniker 1, bilag 11, s. 32, l. 5).

”Vi har også lige måtte sige til nogle kollegaer, at de lige skal huske at få QR-koden med under høreprøven, fordi under høreprøven, der er lidt mere presset på tid, så det er ikke altid, at man når omkring det” (bilag 14, s. 57, l. 8).

Jeg ser, at det kan være inkonsekvent, om klinikerne overhovedet bruger Forløbsguiden i praksis, men dertil at medlemmerne af arbejdsgruppen er opmærksomme på dette og forsøger at understøtte de ønskede arbejds gange. Hos hjerteafdelingen, hvor det tidligere blev nævnt, at der kun er én medarbejder, der opretter patienter i Emento, diskuterer gruppen, at de fremover vil gøre oprettelsen til en fast opgave for medarbejderne, så flere får det brugt. Forskningsartiklerne viser, at tydelig afgrænsning af roller og ansvar i processen har positiv effekt på implementeringen, hvilket er en pointe, der sættes i spil i informanternes refleksioner over arbejds gange. Jeg vil argumentere for, at det er en faktor, der har betydning for implementeringen af Forløbsguiden, da de nye arbejds gange med Forløbsguiden ikke forankres i afdelingen, hvis ikke medarbejderne anvender løsningen konsekvent, og også en faktor, som klinikerne selv er opmærksomme på, kan være en udfordring: ”vi HAR talt en del om det, men det der er bare stadig behov for at snakke om, hvordan bruger man det hvordan bruger vi det så i praksis” (kliniker 1, bilag 11, s. 33, l. 27). Udover at ikke alle bruger Forløbsguiden ses også en uafklarethed omkring, hvordan den skal bruges, hvorfor det kan tolkes, at konkrete arbejds gange til at understøtte implementeringen ikke er fastlagt.

11. Opsamling på DEL 2

I denne del af specialet er der hermed udpeget seks faktorer, der kan have betydning for implementeringen af Forløbsguiden på sygehusafdelinger ud fra en meningskondensering og -fortolkning af empirien samt med inddragelse af resultater fra litteraturstudiet. Jeg finder det interessant, at samtlige faktorer, som jeg induktivt har analyseret frem, kan relateres til resultater fra forskningsartiklerne. Analysens kontekstnære resultater underbygges derfor af artiklernes mere generelle resultater, hvilket kan være argument for, at de udpegede faktorer er relevante og kan påvirke implementeringen af Forløbsguiden på sygehusene.

DEL 3

Analyse af anbefalinger til implementering

Udforskning af, hvilke interventioner, der har potentiale til at understøtte klinikernes arbejde og fremme en vellykket implementering af Forløbsguide.

Med afsæt i forståelse for faktorer, teori om forandringsledelse og inddragelse af implementeringskonsulenter udformes konkrete anbefalinger.



DEL 3: ANALYSE AF ANBEFALINGER TIL UNDERSTØTTELSE AF IMPLEMENTERING

I den tredje og sidste del af specialet undersøges det, hvordan resultaterne fra DEL 2 sammen med teori og fokusgruppeinterview kan bidrage til en analyse af, hvordan implementeringen på sygehusene kan understøttes endnu bedre. Formålet med DEL 3 er at diskutere, hvordan interventioner kan planlægges, så de imødekommer udpegede faktorer og understøtter implementeringsprocessen. Resultatet af DEL 3 er en udarbejdelse af en række anbefalinger til dette.

12. Metode til empiri-indsamling

Som den sidste empiri-indsamling har jeg valgt at foretage et fokusgruppeinterview med to implementeringskonsulter, Konsulent A og B, som jeg også inddrog i DEL 1.

12.1. Trin 7: Fokusgruppeinterview

De to konsulenter ses som en form for "eksperter" i implementering af Forløbsguiden, da deres job er at facilitere implementeringsprocesserne for klinikerne og støtte og hjælpe, hvor der er behov. Min antagelse ud fra observationerne er, at de gennem deres arbejde har oplevet klinikerne fortælle om udfordringer i processen, og dermed formoder jeg, at de allerede kan have gjort sig tanker om, hvordan de kunne understøttes endnu bedre. Formålet med fokusgruppeinterviewet er at facilitere en deling af informanternes tanker om, hvordan oplevede udfordringer ude på sygehusene muligvis kan understøttes bedre, så klinikerne har større sandsynlighed for succes med implementeringen. Udover at få indsigt i konsulenternes "eksisterende" tanker, ønsker jeg også aktivt at få dem til at reflektere over de faktorer, som jeg har analyseret frem i DEL 2, samt at de diskuterer emnet i fællesskab, hvilket vil kunne frembringe endnu flere nuancer end gennem et enkeltinterview. Der henvises til den anvendte interviewguide i bilag 15.

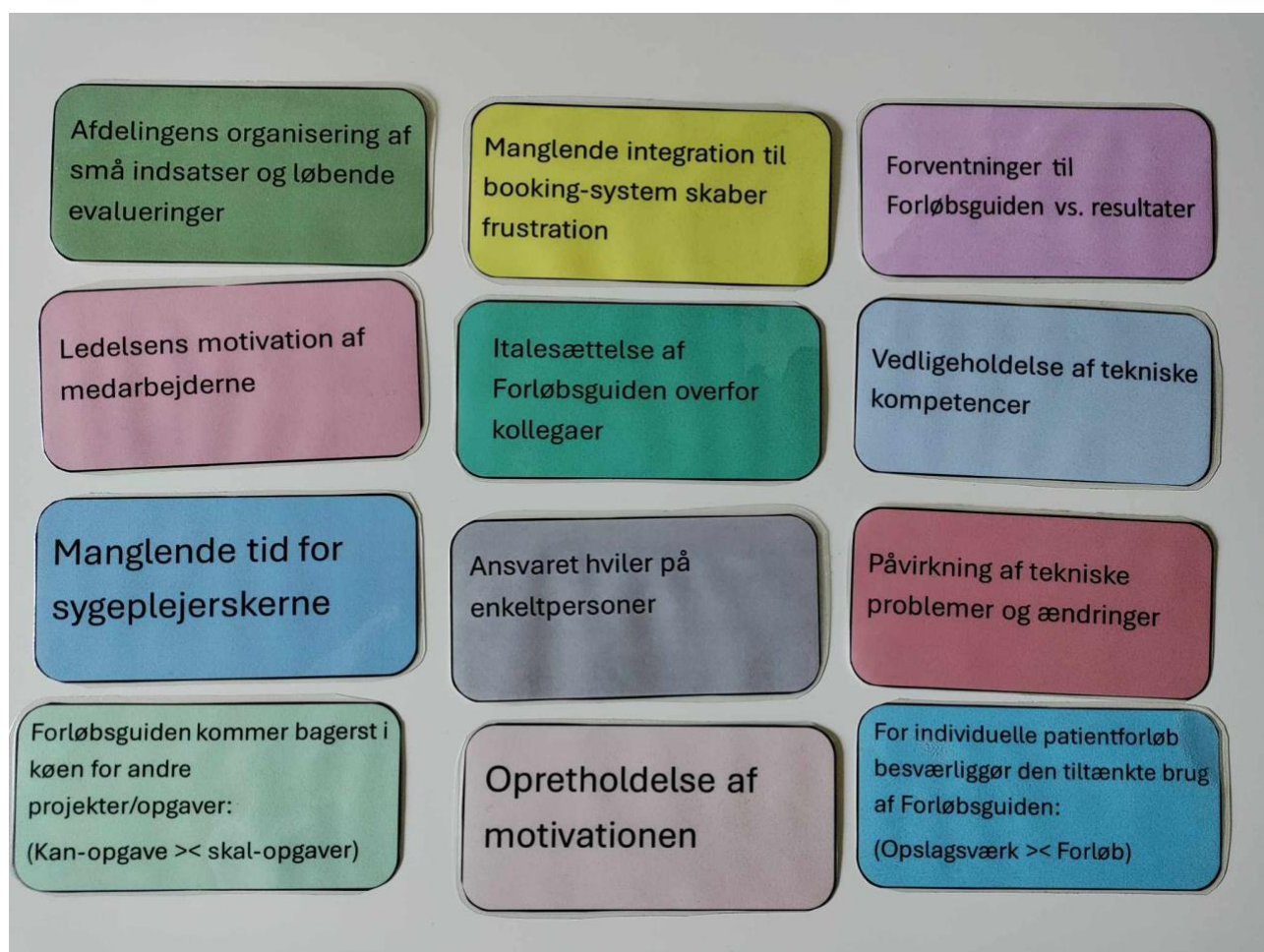
12.1.1. Udførelse:

Interviewet finder sted i et mødelokale på konsulenternes arbejdsplads, hvor de sidder overfor hinanden ved et stort mødebord. Det varer 1 time og optages på diktafon og transskriberes herefter. Fokusgruppeinterviewet tager udgangspunkt i en øvelse med samtale ud fra 12 kort, som er inspireret af faktorerne fra DEL 2, dog skrevet lidt tydeligere ud, så informanterne ikke behøver yderligere forklaring. Jeg starter med at forklare, at

interviewet ikke er et klassisk interview, men en facilitering af en samtale mellem de to informanter. Derefter lægger jeg et papir på bordet med spørgsmålene:

- Hvilken betydning har *kortet* i dine øjne for afdelingens succes med at implementere Forløbsguiden?
- Hvordan kunne afdelingen støttes ift. *kortet* / hvad kan de selv gøre?

Disse spørgsmål skal være udgangspunkt og formål for deres samtale, og er lagt frem, så informanterne kan vende tilbage til dem, hvis samtalen går i stå. Derefter placerer jeg de 12 kort ét efter ét på bordet. Derudover lægger jeg seks blanke kort og en tusch, og giver informanterne mulighed for at tilføje flere kort, hvis de mener, der mangler faktorer. Herefter giver jeg informanterne ordet frit og træder i baggrunden. Se billede over de 12 kort:



Figur 10 billede af kortøvelse

12.1.2. Refleksioner over metoden:

Ved denne dataindsamlingsmetode ønsker jeg ikke at indtage rollen som interviewer, men derimod som en facilitator. Det vil sige, at jeg vil fremme samtale mellem informanterne i stedet for at være den, de taler til. Som facilitator holder jeg mig derfor i baggrunden, men spørger enkelte gange ind til uddybninger til fortolkninger, jeg finder særligt interessant eller uklare. Ifølge Halkier (2015) er min rolle som facilitator "først og fremmest at muliggøre den sociale interaktion i fokusgruppen – ikke at kontrollere den" (s. 200). For at dette kan lykkedes, anser jeg det som vigtigt at kunne etablere et rum, hvor informanterne føler sig trygge nok til at udforske deres forståelser og fortolkninger i fællesskab og selv tage styringen for samtalen. Her ser jeg det som en fordel, at informanterne kender hinanden i forvejen. Jeg vælger at benytte kort-øvelsen for at aktivere informanterne og facilitere en interaktiv og dynamisk samtale mellem dem, hvor de kan tage inspiration fra kortene, flytte rundt på dem på bordet, tage dem op og tale ud fra og så videre. Udover at fremme interaktion fungerer kortene også som et værktøj til at fokusere diskussionerne med (Halkier, 2015, s. 202). Jeg ser altså en metodisk styrke i fokusgruppeinterviewet, idet informanterne får mulighed for at sammenligne og diskutere forståelser og fortolkninger, hvilket kan producere en nuanceret forståelse af kompleksiteterne omkring implementeringsprocessen og muligheder for at understøtte denne.

12.1.3. Evaluering af fokusgruppeinterviewets udførelse:

Det lykkedes at facilitere øvelsen som ønsket, og jeg er positivt overrasket over informanternes engagement i samtalen. Der var ikke tidspunkter, hvor det blev nødvendigt for mig at træde ind og igangsætte samtalen igen. Hvis informanterne var ved at gå lidt i stå, kiggede de på spørgsmålskortet og drev ud fra dette selv samtalen videre. Informanterne flyttede rundt på kortene og grupperede dem ad flere omgange i forhold til, hvordan de så, at faktorerne havde relation til hinanden. Dette havde jeg ikke tænkt over på forhånd, men det viser, at kort-øvelsen fungerer godt til at inspirere og lade informanterne tage styring over, hvordan samtalen udvikler sig. Konsulent A tilføjede også to nye kort, hvilket bekræfter, at der undervejs i samtalen blev tilføjet nye refleksioner over faktorer. Se billede:



Figur 11 billede af kortøvelse

12.2. Abduktiv analysestrategi

Jeg anser analysen i DEL 3 for at være et kombineret analyse- og diskussionsafsnit i besvarelsen af problemformuleringen, hvor resultater af analysen i DEL 2 sammenholdes med fokusgruppeinterviewet samt udvalgt teori. Det teoretiske grundlag fremlægges i næste afsnit, hvor Kotters "8-trins model" (Kotter, 1996) og Grennys "Influencer model" (Grenny, et al., 2013) gennemgås for at skabe et rammeværk for teoretiske anbefalinger til forandringsledelse, som kan inddrages i diskussionen af analysens fund og dermed til den konkrete case.

I denne analyse benytter jeg en abduktiv tilgang i anvendelsen af teori og empiri, hvor der sker en vekselvirkning mellem disse. Med en abduktiv tilgang skaber jeg mulighed for at udforske og generere mulige forklaringer på, hvilke interventioner, der med fordel kan planlægges, ved at bevæge mig "frem og tilbage mellem en deduktiv og induktiv analyseproces" (Sprogøe & Brandi, 2019, s. 155). Ifølge filosofen Peirce, fremlagt af Sprogøe og Brandi, indeholder abduktive erkendelsesprocesser "således et innovativt potentiale, som hverken induktion eller deduktion isoleret set kan tilbyde" (Sprogøe & Brandi, 2019, s. 169). Med analysen i DEL 2 blev der indsamlet data om eksisterende praksis, udfordringer og succeser i implementeringsprocessen. Den forståelse udfordres i fokusgruppeinterviewet, som anvendes i denne analyse til at genere nye idéer eller forslag gennem en abduktiv proces. Samtidig kan teorier om forandringsledelse give et rammeværk for at underbygge interventionernes relevans og rettilighed. Samlet set vil anvendelsen af en abduktiv analysestrategi i denne delanalyse muliggøre en dybere forståelse af kompleksiteten i implementeringsprocessen og åbne op for kreative og innovative løsninger baseret på både empirisk data og teoretiske indsigter.

13. Teori om forandringsledelse

I udvælgelsen af teori har jeg valgt at lægge fokus på forandringsledelse, fordi formålet med DEL 3 er at undersøge, hvilke konkrete tiltag eller interventioner, der vil kunne understøtte klinikerne og de udpegede faktorer, så implementeringsprocessen optimeres. Derfor så jeg teorier nyttige, som har fokus på selve implementerings- og forandringsprocessen og som kan tilbyde konkrete anbefalinger til denne, som jeg kan bringe i spil i analysen til at underbygge eller udfordre argumenter.

Jeg har valgt at inddrage John P. Kotters 8-trinsmodel for gennemførelse af en forandringsproces, samt Joseph Grennys influencer³-teori om seks kilder til indflydelse (The Six Sources of Influence). De to teorier giver netop anbefalinger om indsatser i praksis til at understøtte en forandringsproces i en virksomhed, dog på hver sin måde. De to teorier er derfor udvalgt til at supplere hinanden. Kotters 8-trinsmodel er bredt kendt, men også af ældre dato, da den stammer fra hans artikel "Leading Change" fra 1996. Jeg fandt det relevant at supplere med en nyere forandringsteori for at opnå et nuanceret teoretisk grundlag for analysen. Grenny skrev "The New Science of Leading Change" i 2013, som udover en nyere dato også indholdsmæssigt bidrager med andre aspekter. Nedenfor fremlægges hovedessensen i teorierne og herefter diskuteres styrker og svagheder ift. specialet.

13.1. Præsentation af Kotters 8-trinsmodel

John P. Kotter artikel "Leading Change: Why Transformation Efforts Fail" er baseret på 15 års arbejde med at analysere forandring i organisationer. Dette førte til hans udgivelse af bogen "Leading Change" i 1996, hvori han fremlægger sit teoretiske rammeværk bestående af 8 trin til forandring, som jeg her vil præsentere.

1. Trin: Etablering af en følelse af nødvendighed

Kotter forklarer, at det er afgørende at etablere en følelse af nødvendighed for at kunne opnå et samarbejde i forandringen i organisationen. Hvis der er en høj 'magelighed' eller 'selvtilfredshed'⁴ blandt medarbejderne og ingen fornemmelse af hastværk, vil få være interesseret i at arbejde hen mod forandringen, og det vil være vanskeligt at samle en gruppe med tilstrækkelig magt og troværdighed til at guide indsatsen eller overbevise nøglepersoner om at bruge den nødvendige tid på at skabe og kommunikere en forandringsvision (Kotter, 1996, s. 38). Kotter fremlægger i sin bog forskellige måder, hvorpå man kan skabe denne oplevelse af nødvendighed og dermed imødegå selvtilfredsheden. Nogle af metoderne kan for eksempel være at fremkalde en krise ved

³ Begrebet "Influencer" bruges i specialet specifikt ift. Grenny's teori og ikke ud fra en bredere definition med inddragelse af fx influencere på sociale medier.

⁴ Oversat fra det engelske ord "Complacency" = self-satisfaction, unawareness of actual dangers

at tillade et økonomisk tab eller ved at tillade fejl at udvikle sig, eller at sætte mål for omsætning og produktivitet så ambitiøst, at de ikke kan nås med den nuværende indsats alene (Kotter, 1996, s. 46). Jeg finder flere af hans nævnte metoder rimeligt ræbiate, men tager pointen med videre om, at ledelsen skal gøre det tydeligt, at det er tvingende nødvendigt at gennemføre forandringen.

2. Trin: Oprettelse af en styrende koalition

I dette trin præsenterer Kotter, at man bør oprette en styregruppe eller projektgruppe, som han argumenterer for, skal bestå af indflydelsesrige medarbejdere i organisationen, der har en tilstrækkelig troværdighed. Dette team skal kunne formulere et fælles mål vision for forandringen samt kommunikere dette klart til hele organisationen. Desuden skal gruppen kunne guide medarbejderne gennem de forskellige trin i forandringsprocessen. Kotter argumenterer for, forandringsprocessen sandsynligvis vil gå i stå og skabe forvirring og frustration uden denne styrende koalition (Thorborg, 2013). Dette trin kan trække tråde til litteraturstudiets begreb *champions* og hvor stor betydning disse har.

3. Trin: Udvikling af vision og strategi

I dette trin forklarer Kotter, at der skal tydeliggøres en retning for forandringen ved at fastlægge målet med at gennemføre forandringen og fastlægge en strategi og plan for, hvordan det skal gøres (Kotter, 1996, s. 71). Dette skal bl.a. være med til at motivere for handlinger, der ikke giver straks belønning, men som afføder resultater i det lange løb. Planen skal indeholde en strategi for udførelsen af de næste fem trin, og bør være konkret, utvetydig, tidsbestemt samt give plads til individuelle initiativer.

4. Trin: Formidling af forandringsvisionen.

I dette trin fremlægger Kotter nøgleelementer til at opnå en effektiv kommunikation. Her lægges der vægt på, at kommunikationen er tydelig og forståelig af modtageren gennem brug af et enkelt sprog og billedsprog. At gentagelser og formidling flere forskellige steder, fx til møder, på mails m.m, skal hjælpe til at modtageren husker visionen. Derudover skal adfærden fra indflydelsesrige personer, fx ledere, følge visionen og vise vejen ved at være rollemodeller. Og til sidst er interaktion og dialog vigtig for at imødekomme konflikter eller tvivl om visionen (Thorborg, 2013).

5. Trin: Styrke medarbejdernes grundlag for handling bredt funderet.

I dette trin er målet at overkomme eventuelle forhindringer mod at forandringen kan udføres af medarbejderne og dermed skabe de rigtige betingelser og kompetencer for disse. Her foreslår Kotter, at man kan ændre systemer og strukturer, der kan underminere forandringens vision og hindre medarbejderne i at

handle efter visionen. Man kan tilbyde den nødvendige oplæring og træning af medarbejderne, og man kan opfordre medarbejderne til at turde at tage risici og at inddrage utraditionelle ideer, aktiviteter eller handlinger og slutteligt kan man konfrontere supervisors, som ikke imødekommer forandringerne for at mindske negativ påvirkning af medarbejderne (Kotter, 1996). Dette trin minder om de tre af Grenny's kilder til indflydelse, som omhandler at understøtte medarbejdernes *formåen* til at følge forandringen.

6. Trin: Generere kortsigtede gevinster.

Et ofte glemt eller negligeret trin i en forandringsproces er ifølge Kotter det at planlægge kortsigtede gevinster og fremlægge disse, med formålet at motivere medarbejderne og give den styrende koalition troværdighed. Han argumenterer for, at ledelsen systematisk bør planlægge gevinster og ikke blot håbe på, at de opstår. Hertil pointerer Kotter, at gode kortsigtede gevinster er karakteriseret ved at være synlige for medarbejderen, så denne ved selvsyn kan afgøre det reelle resultat. Derudover skal gevinsten være utvetydig og ikke til fortolkning, og slutteligt skal gevinsten have noget med forandringstiltaget at gøre (Kotter, 1996, s. 121-135).

7. Trin: Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring.

I dette trin lægger Kotter vægt på, at organisationen skal sikre, at de opnåede resultater bliver fastholdt og integreret i organisationens kultur og praksis på lang sigt. Man bør arbejde imod, at de ændringer, der er implementeret, ikke går tabt, men i stedet bliver en permanent del af organisationens drift. Det indebærer ofte at fejre succeser, anerkende og belønne dem, der har bidraget til forandringen, og fortsætte med at støtte og styrke den nye måde at arbejde på. Man kan for eksempel ændre alle de systemer, strukturer og politikker på tværs af afdelinger og tværfagligt samarbejde, som ikke passer sammen med og imødekommer visionen. Og man kan ansætte, forfremme eller uddanne medarbejdere til at holde forandringen i drift (Kotter, 1996, s. 137-151).

8. Trin: Forankring af nye arbejdsgange i kulturen.

I det sidste trin, argumenterer Kotter for, at forandringen fastholdes og integreres i organisationens kultur, så de ændringer, der er foretaget, bliver en naturlig og uadskillelig del af organisationens DNA på lang sigt. Selvom man kan tænke, at forandring er gennemført, bør man ikke læne sig tilbage, men derimod fortsætte med at støtte og forstærke den nye adfærd og praksis, overvåge forandringens fremgang, og være opmærksom på eventuelle tilbageslag eller modstand, som kan opstå undervejs, og handle proaktivt for at adressere disse. Én ting er, at få medarbejderne til at ændre deres adfærd, men det er lige så vigtigt, at de tager de nye normer og værdier til sig, så adfærden gøres til hverdag og tradition, hvilket Kotter forklarer først opnås, når fordelene ved de ændrede arbejdsgange går op for medarbejderne (Kotter, 1996, s. 153-166).

13.2. Præsentation af Joseph Grenny's "Six Sources of Influence"

Præsentationen af denne teori tager udgangspunkt i bogen "Influencer" fra 2013, hvilket ifølge Grenny er betegnelsen på de personer, der udøver indflydelse til at ændre menneskelig adfærd (Grenny et al., 2013, s. 5-6). I bogen fremlægges en model over "Six Sources of Influence" (oversat til "Kilder til indflydelse"), som ønskes anvendt i specialet.

Formålet med Grennys arbejde forud for bogen var at identificere og udforske de træk, der er til fælles for succesfulde ledere. Gennem research har han sammen med kollegaer identificeret personer, som var lykkedes godt med at influere hurtige, dybtgående og vedvarende forandringer. Forskerholdet har opsporet disse personer og undersøgt deres arbejde i søgen efter et fælles sæt af principper og færdigheder (Grenny et al., 2013, s. 10). Bogen uddyber dog ikke, hvilke metoder, de konkret har brugt i en sådan undersøgelse.

De 6 kilder til indflydelse

Ud fra bogen Influencer har jeg bearbejdet følgende model over Grenny's teori:

	Motivation (vil)	Formåen (kan)
Personlig	1 Gør forandringen motiverende, meningsfuld og attraktiv for den enkelte.	2 Træn den enkeltes færdigheder og kompetencer for at kunne honorere de nye krav.
Social	3 Gør det socialt ønskværdigt og populært at bakke op om forandringen.	4 Skab et netværk, så folk kan hjælpe hinanden med at lære nødvendige nye kompetencer.
Strukturel	5 Design et system, der kobler forskellige former for belønning til den nye adfærd.	6 Tilpas de fysiske omgivelser, tekniske hjælpemidler, arbejdsgange og info-flow.

Figur 12 Grenny's Influencer Model, egen illustration ud fra Grenny et al. (2013)

Modellen skal ses som et overblik over de elementer, man kan skrue på for at skabe indflydelse, og hvor man optimalt set bør forholde sig til alle seks i sin forandringsproces for størst sandsynlighed for succes. Modellen kan derfor indgå i en iterativ proces, hvor man efterhånden får bragt flere og flere elementer i spil eftersom man lærer af sine 'fejl'. Modellen er lodret opdelt i to kolonner, som Grenny begrundet med, at stort set alle kræfter, der påvirker menneskelig adfærd, fungerer på to grundlæggende drivkræfter: Motivation (er det det værd?) og formåen/evne (kan jeg finde ud af det?). De to grundlæggende drivkræfter er herefter opdelt vandret i personlig (psykologi), social (socialpsykologi) og strukturel (organisationsteori) (Grenny et al., 2013, s. 69). Nedenfor vil jeg fremlægge hovedpointerne i hver af de seks kilder til indflydelse.

Kilde 1: Personlig Motivation:

Denne kilde til indflydelse handler om at påvirke medarbejderens personlige værdier og følelser, så de motiveres til at tage del i forandringen. Influencere kan gøre forandringen ønskværdig og attraktiv for den enkelte ved at invitere til personlige valg frem for at give ordrer, hvilket kan bidrage til at få menneskers ægte engagement via den psykologiske frihed til at vælge. Denne kilde kan også sættes i spil ved at skabe førstehåndserfaringer med forandringen for medarbejderne, da det kan hjælpe dem med at opdage, mærke og tro på de langsigtede mål og til at fjerne eventuel frygt mod forandringen. Slutteligt fremlægger Grenny, at man kan motivere den enkelte ved at skabe stedfortrædende oplevelser gennem tiltalende historier eller ved at gøre aktiviteter til leg, fx gennem involvering af udfordrende mål og tydelig feedback (Grenny et al., 2013, s. 109-111).

Kilde 2: Personlig formåen:

At ændre adfærd indebærer ifølge Grenny næsten altid at lære nye færdigheder, og han opfordrer til, at man bruger mere tid, end man tror man har brug for, på at engagere folk i at øve og træne den nye adfærd. Det er vigtigt, at træningen foregår under realistiske forhold, med coaching og feedback (Grenny et al., 2013, s. 142). Grenny siger, at mange dybdegående og vedvarende problemer bunder i manglende færdigheder frem for manglende mod og vilje, hvorfor det er vigtigt at skabe klart definerede færdigheder og træne disse i en bevidst praksis, hvor man kræver fuld opmærksomhed i korte intervaller, giver øjeblikkelig feedback, opdeler mestringen i 'mini-mål' og til sidst også opbygger emotionelle færdigheder (Grenny et al., 2013, s. 114-143).

Kilde 3: Social motivation:

Grenny fremlægger, at ingen kilde til indflydelse er mere kraftfuld og tilgængelig end den overbevisende kraft fra de mennesker, der udgør vores sociale netværk (Grenny et al., 2013, s. 146). Jeg fortolker dermed denne kilde, som en af de vigtigste at fokusere på for at blive en influencer. Influencere bruger social indflydelse til at

støtte forandringen ved at sikre, at de rette personer skaber opmuntring og vejledning og står til ansvar i afgørende øjeblikke. Personer, der har bred kontaktflade i organisationen og som er respekteret, kan udøve enorm indflydelse. Dette vil jeg sammenligne med begrebet *champions* fra litteraturstudiet, som beskriver samme type personer. Der ses ift. Kotter's teori også en relation til, at denne kilde kunne opnås gennem den styrende koalition. Ifølge Grenny bør disse personer gå forrest for forandringen med støtte fra formelle ledere. Dette kan bidrage til at skabe forandringer i bredt delte normer (Grenny et al., 2013, s. 182).

Kilde 4: Social formåen:

I dette punkt fastslår Grenny vigtigheden af at opbygge social kapital i afdelingen. For at opnå dette skal man tilbyde konkret hjælp på afgørende tidspunkter. Her skal man overveje, hvilken form for hjælp, autoritet eller samarbejde, den enkelte medarbejder har brug for, når den står over for risikable eller skræmmende nye handlinger. Det er sjældent, at det enkelte menneske i sig selv besidder alt, der er nødvendigt i forandringsprocessen. Derfor kan etablering af et socialt netværk hjælpe til vidensdeling og kompetenceudvikling, samt det at inddrage et blik udefra kan at opdage blinde vinkler, man ikke selv kunne spotte (Grenny et al., 2013, s. 186-215).

Kilde 5: Strukturel motivation:

I de to sidste kilder træder vi væk fra menneskelige faktorer, da disse handler om, hvordan man kan optimere de *ting*, der er omkring medarbejderne. Eksempler på ting i denne kilde 5 er: belønninger, fordele, bonusser og løn. Målet ved at ændre på sådanne ting er at fjerne barrierer mod forandringen. Her lægger Grenny stor vægt på, at man bør være forsigtig med at benytte ydre motivationsfaktorer såsom en bonus, for at opfordre til en bestemt adfærd. Man bør først og fremmest lægge vægt på de personlige og sociale motivationer, og først i tredje "*line of attack*" benytte ydre belønninger. En pointe, jeg lægger særligt mærke til, er, at når man gør brug af en ydre belønning, så bør belønningen være tilknyttet selve adfærden eller handlingen, medarbejderen udfører, og ikke resultatet, fordi der bag nogle resultater kan gemme sig en uønsket adfærd, som man ikke vil belønne (Grenny et al., 2013, s. 218-245).

Kilde 6: Strukturel formåen:

Den sidste kilde handler, som nævnt, også om ting, og hvordan disse kan anvendes i en influencer-strategi. I dette tilfælde er ting fx bygninger, rum, lyd, syn, arbejdsgange, hjælpemidler, teknologi og informationsflow. Det fordelagtige ved denne kilde er, at man ikke møder modstand fra ting mod forandringen. Dog ser Grenny vores fysiske rum som en ofte glemt kilde til indflydelse, da vi ikke lægger mærke til det - som en fisk, der ikke

lægger mærke til vand (Grenny et al., 2013, s. 250). Han opfordrer til, at man inddrager ting i sin strategi og ændrer på disse, fx ved at fjerne en væg, ændre et informationsflow eller implementere et nyt it-system.

Hermed er de seks kilder til indflydelse præsenteret. For at skabe forståelse for, hvordan Grenny fremlægger, at de seks kilder bedst benyttes, forklarer han, at man først skal udføre følgende to punkter:

1. Fokus og måling
2. Find vital adfærd

I punkt 1 handler det om, at influencere skal være tydelige om de resultater, de forsøger at opnå ved at starte en forandringsproces med en tydelig og overbevisende erklæring af det mål, man forsøger at opnå. Derefter skal man være opsat på at måle fremskridt hen imod målet, og ikke overlade dette til intuition eller fornemmelser. I punkt 2 er et nøgleelement at identificere to eller tre centrale handlinger eller adfærd hos medarbejderne, der skaber den største forandring. Herigennem finder man den adfærd/handling, man dermed ønsker at ændre. Ifølge Grenny kræver det kun få typer af adfærd at skabe store ændringer. Efter at have identificeret den vitale adfærd, kan man begynde at inddrage de seks kilder til indflydelse, for at forandre adfærden til at understøtte forandringstiltaget (Grenny et al., 2013).

13.3. Diskussion af teori

Jeg har forholdt mig til nogle forbehold ift. teorierne, som gennemgås her. Kotters teori er blevet kritiseret for at være en statisk og lineær tjekliste, hvor det ene trin forudsætter det næste (Thorborg, 2013, s. 140), hvorfor jeg anskuer, at der ikke gives meget rum for virksomheden til at bevæge sig frem og tilbage mellem trinene. En artikel fra Journal of Management Development anerkender de enkelte trin i modellen og det, at modellen kan benyttes som et planlægningsværktøj, men påpeger, at der mangler forskning, der kan bakke op om modellen som helhed (Malo, Appelbaum, Habashy, & Shafiq, 2012). Kritikken har Kotter selv forholdt sig til siden udgivelsen i 1996, og har efterfølgende i 2015 udgivet en revideret bog kaldet "Acceleration – strategisk smidighed i en foranderlig verden" (Kotter, 2015). Mens "Leading Change" fokuserer på bestemte *trin* mod forandring, lægger "Acceleration" mere vægt på *acceleratorer*, der skal bidrage til at tilpasse virksomheden til den hastigt skiftende virkelighed og til at opbygge en organisationskultur, der konstant tilpasser sig og lærer af forandringerne. Jeg har valgt at tage afsæt i den oprindelige fremlægning af 8-trinsmodellen, men vælger som konsekvens af kritikken, at anskue Kotters model på en mere dynamisk måde, hvor indholdet i de enkelte trin kan inddrages i analysen, men fralægger pointen om, at rækkefølgen skal være statisk.

I modsætning til Kotters teori ser jeg Grennys teori som en række af indsatser, man kan gøre brug af i udefineret rækkefølge i en iterativ proces. Jeg ser en fordel i at modellen inddrager indsatser på både individplan, socialt plan, strukturelt plan samt med inddragelse af materialitet, da man hermed kan få alle nuancer af en

implementeringsproces inddraget. Et opmærksomhedspunkt jeg har, omhandler det faktum, at Grenny fremlægger, at man som influencer skal inddrage *alle* de seks kilder til indflydelse i en forandringsproces. Her stiller jeg mig kritisk overfor, om det altid er muligt, og vælger i min undersøgelse at anvende modellen som en værktøjskasse, man kan inddrage i ønsket grad og tilpasse sin unikke situation.

Jeg anskuer, at Kotters teori kan være præget af et top-down perspektiv og fokusere på meget store virksomheder (Thorborg, 2013, s. 140), mens Grennys teori modsat kan være mere bottom-up med fokus på at forandre det enkelte menneskes adfærd og give plads til, at forandringsprocesser kan påvirkes af andre end blot ledelsen. På baggrund af diskussionen af teoriernes styrker, svagheder og forskelligheder, argumenterer jeg for, at de to teorier til sammen tilbyder en nuanceret anbefaling af fokuspunkter og indsatser, der kan bringes i spil i en analyse og diskussion af mulige interventioner i implementeringen af Forløbsguiden.

Hermed er det teoretiske rammeværk fremlagt og dette inddrages løbende i analysen, hvor det findes relevant til at underbygge eller diskutere fund.

14. Analyse

14.1. Anbefaling om målsætning

Ud fra fokusgruppeinterviewet ser jeg et emne, som kan relateres direkte til den udpegede faktor "Målsætning og evaluering af resultater", som her omhandler en diskussion af, hvad der egentlig er succeskriteriet for implementeringen af Forløbsguiden. I forlængelse af at stille sig kritiske over for, hvad man kan kalde for succesfuld implementering, kommer konsulenterne med en pointe om, at implementeringsprocessen i praksis er opdelt i to overordnede faser: en primær og en sekundær, og at succeskriteriet måske kan være forskelligt i de to faser:

"Altså min første tanke det er at vi skal snakke om det her med altså "succes" med at implementere Forløbsguiden, altså hvad betyder det lige, fordi jeg tror, når vi to snakker omkring det at implementere Forløbsguiden, så er det noget der har sådan lidt forskellige faser" (bilag 16, s. 64, l. 17).

"Og hvor man godt kan have succes i nogle faser og ikke i andre faser. Øøh. Vi har nogle gange snakket om "primær" og "sekundær" implementering, som i primærimplementering, der hvor vi kommer ud og de får lavet deres indhold og får den ligesom op at køre i afdelingen. Men noget andet er implementering på den sådan helt lange bane" (bilag 16, s. 64, l. 29).

Informanten definerer altså implementeringsprocessen ud fra to faser, hvor den primære implementering består af indholdsproduktionen og den sekundære handler om ibrugtagning og driften af løsningen på den lange bane. Man kan argumentere for, at opstilling af en målsætning ikke vil være ens for de to faser. I forhold til faktoren omhandlende målsætninger, blev der i DEL 2 fortolket, at klinikerne ikke fastlægger succeskriterier, som de ønsker at opnå på den lange bane. Jeg vil mene, at når implementeringskonsulenterne opfordrer dem til at nedfælde målsætninger i begyndelsen af processen, kunne det muligvis bidrage, hvis disse blev opdelt i de to implementeringsfaser, så afdelingen opstiller målsætninger for indholdsproduktionen for sig og derefter for driften for sig. I den primære fase kunne en målsætning være, at afdelingen ønsker al patientinformation digitaliseret og revideret hver 3. måned, mens der i den sekundære fase kunne være et ønske om, at 80 % af patienterne benytter Forløbsguiden eller at der frigives x antal timer om måneden til andre opgaver.

Kotter fremlægger i sit trin 3 vigtigheden af at udvikle en vision og dermed fastlægge målet med at gennemføre forandringen samt at planlægge en strategi for at komme i mål med visionen. Det kan diskuteres ud fra hans teori, om de efterfølgende trin i forandringsprocessen er mulige for en afdeling at udføre optimalt, hvis ikke visionen er formuleret først. Med Kotters teori i ryggen vil jeg argumentere for, at det er et fokuspunkt med en

særlig væsentlighed for afdelingernes succes med implementeringen. Analysen viser, at ledelsen i den enkelte afdeling kan hjælpe med at løfte denne opgave og holde fokus på, hvad målet med implementeringen er, og bidrage til at holde motivationen oppe for at nå målet:

”altså den hænger jo sammen også det her ledelsens motivation af medarbejderne, altså det handler jo om ledelsesopbakning og at ledelsen bliver ved med at kunne se den altså den værdi som forløbsguiden har og bliver ved med at have øje for, hvad var det vi gerne ville have ud af forløbene og bliver ved og bliver ved med at, vi bliver ved med at adressere det men Det er jo det vi ser nogle steder ikke, den bliver en af, den bliver en irritation og hvor man har glemt hvorfor var det egentlig lige vi fik den i første omgang” (bilag 16, s. 69, l. 22).

Et fund, der er gennemgående i specialet, er derfor, at flere afdelinger har udfordringer med at kunne vise den reelle værdi af Forløbsguiden, hvilket jeg har argumenteret for kan hænge sammen med, at de ikke reflekterer over målsætninger og resultater løbende efter den er taget i brug, og ifølge konsulenterne nogle steder ikke opfordres til dette af ledelsen heller. Med teoriens pointering af vigtigheden af at have en vision og at skabe synlige gevinster undervejs, kan man sætte spørgsmålstejn ved, hvordan afdelingen argumenterer for Forløbsguiden over for medarbejdere, hvis ikke værdien bliver synlig.

Gennem fokusgruppeinterviewet kom det frem, at implementeringskonsulenterne vurderes på, hvor mange afdelinger og hvor mange forløb, der bliver sat i gang i regionen.

Konsulent B: ”altså det der har presset og det er jo den måde vi har skulle bevise altså at forløbsguiden altså har ret til at være her og den kan noget og den kan skabe en værdi. Det har jo også bare været et spørgsmål om yes og få den i gang i så mange steder som muligt og når der bliver spurgt til vores præstation eller vores resultat”

Konsulent A: ”så er det hvor mange nye der er kommet på”

Konsulent B: ”så bliver der spurgt til, hvor mange forløb er der derude. Ikke hvor mange patienter får den i hånden eller hvor mange af dem der gik i gang for 3 år siden har den stadigvæk” (bilag 16, s. 71, fra l. 30).

Her kommer det til udtryk, at det er selve opstart af nye forløb, der tæller med i vurderingen fra regionen, men der ses ikke ind i, hvor mange der reelt bliver brugt eller går tabt. Jeg finder det særligt interessant, at der i regionen kun måles kvantitativt på, hvor meget Forløbsguiden bliver udbredt, fordi jeg tænker, at det kan påvirke implementeringskonsulenternes arbejde og derigennem påvirke ned på klinikerniveau i tvivlen om, hvad et reelt succeskriterie er. Jeg tolker også en vis frustration hos konsulenterne over, at de måles på denne

måde, da det ikke siger noget om kvaliteten af løsningen ude i praksis og dermed, hvilken værdi den egentlig skaber. Her reflekterer konsulent B over, at hun ikke mener, at succes hænger sammen med kvantitet:

”Det er også lige så meget sådan en fælles fortælling omkring hvad er det egentlig der skal til for at vi som Region har succes med at implementere Forløbsguiden, er det nok bare at have en masse forløb på hylderne. Det er det jo slet ikke i min optik” (bilag 16, s. 72, l. 11).

Jeg ser en mulig sammenhæng mellem afdelingernes manglende målsætninger og de kriterier, som konsulenterne måles på. Det er interessant at sammenligne forventningerne til Forløbsguiden eksternt ude i regionen med forventningerne internt i afdelingerne. Kan regionens succeskriterie om kvantiteten af nye forløb i yderste tilfælde betyde, at implementeringskonsulenterne får sat nogle afdelinger i gang, som egentlig ikke har en kontekst, hvor Forløbsguiden kan skabe reel værdi, fordi regionen gerne vil have et højt antal forløb i gang? Her tænker jeg tilbage på Kliniker 2 samt HjerTEafdelingen fra DEL 2, som begge udtrykte, at Forløbsguiden ikke levede op til deres forventninger og havde udfordringer med at tilpasses deres praksis. Det er ikke mit indtryk, at det er konsulenternes intention at sætte afdelinger i gang blot for at få statistikken op, men jeg vil argumentere for, at det kunne påvirke deres arbejde og lægge et pres herpå, hvis de og Forløbsguidens ret til at være her udelukkende måles på antallet af forløb.

Det uddybes i fokusgruppeinterviewet, at en fælles vision ikke er defineret af regionen for implementeringskonsulenterne:

”Set helt oppe fra den øverste hylde, Det er heller ikke helt blevet formuleret, Det er faktisk ikke, jamen det findes jo ikke, Der er ikke et mål. Der er jo ingen mål skabt for os i vores implementering så vores arbejde har jo også været lidt sådan i det.. ja. Vi har skulle motivere os selv kan man sige” (bilag 16, s. 72, l. 18).

På samme måde fandt jeg eksempler på klinikernes side på, at en vision ikke er defineret på afdelingsniveau, som er nævnt i DEL 2: ”neej det, jae nej, det har vi egentlig ikke, det har vi egentlig ikke sat op, det vil jeg nok gøre. øøhm... en målsætning.”

Her ser jeg det relevant at diskutere, *hvem* der skal sætte en målsætning. Det kan af empirien fremgå, at der er to forskellige niveauer, når det gælder definitionen af målsætninger eller succeskriterier: Regionsniveau og Afdelingsniveau. Målsætningen på Regionsniveau ses som en overordnet vision for, hvad formålet med at have indkøbt Forløbsguiden er for alle regionens sygehuse, og denne vision kan påvirke implementeringskonsulenternes arbejde og muligvis fungere som en rammesætning for dem. Målsætning på afdelingsniveau ser jeg som en opgave for afdelingsledelsen og den udvalgte arbejdsgruppe, der forholder sig til deres specifikke praksis.

Til diskussionen af målsætning finder jeg det relevant at inddrage en række teoretiske pointer. Ifølge Kotter skal en udviklet vision være med til at motivere medarbejdere til at støtte forandringen. For at denne vision ville kunne motivere, kan det diskuteres, om der også skulle udvikles kvalitative målsætninger, for at klinikerne kan mærke værdien i forandringen. Grenny's første kilde til indflydelse omhandler at gøre forandringen motiverende, meningsfuld og attraktiv for den enkelte, hvilke kan være vanskeligt at opnå, hvis ikke det er tydeligt, hvad man vil opnå med Forløbsguiden. Også hans kilde 3 omhandlende den sociale motivation ser jeg udfordret uden en vision at kunne bakke op om i fællesskab. Ser man med teoretiske briller på praksis, kan det ses som helt grundlæggende for implementeringsarbejdet, at målsætninger defineres for at forandring kan finde sted. De fleste pointer fra Kotter og Grenny's teorier vil være vanskelige overhovedet at sætte i spil for arbejdsgruppen uden en målsætning, da alle tiltagene til at understøtte et forandringstiltag arbejder ud fra den fælles vision med forandringen. Jeg ser det fx vanskeligt at udføre Kotters trin 6 omhandlende at skabe kortsigtede gevinster, hvis ikke man har gjort sig klart, hvad en gevinst er. Dette trin kobler jeg sammen med konklusionen i DEL 2 om, at klinikere i lav grad organiserer evalueringer af resultaterne løbende, hvilket netop kan være vanskeligt, hvis ikke man ved, hvad man skal måle på.

I forhold til Kotters 1. trin, hvor der skal skabes en følelse af nødvendighed eller en brændende platform, vil jeg argumentere for, at dette kan eksistere som ansat i sundhedsvæsenet, da der er en fortælling om, at sundhedsvæsenet er presset, der mangler medarbejdere, og at der ikke er tid nok til patienterne, hvilket går ud over kvaliteten af plejen. Forløbsguidens fortælling om at kunne øge kvalitet og frigive tid til kerneopgaven passer dermed ind i den brændende platform. Men for at opnå denne effekt, kan teorien understrege nødvendigheden af at opstille en vision og strategi, for at kunne have et udgangspunkt for resten af implementeringsprocessen samt for at gøre forandringen motiverende og meningsfuld for medarbejderne. I analysen kan det dog konkluderes, at både implementeringskonsulenter og klinikere oplever, at der ikke findes konkrete målsætninger for dem at arbejde ud fra. Dette ses derfor som et fokuspunkt, hvor implementeringen kunne understøttes bedre. På baggrund af denne diskussion mellem empiri og teori opstilles følgende anbefaling til intervention hos både regionen og hos hver afdeling:

- Til regionen: Forvaltere skal udvikle en fælles vision for regionens brug af Forløbsguiden indeholdende både kvalitative og kvantitative kriterier for Forløbsguidens værdiskabelse i praksis, som implementeringskonsulenter kan lade sig motivere af og arbejde ud fra.
- Til afdelinger: Ledelse og arbejdsgruppe skal udvikle konkrete målbare målsætninger i henholdsvis primær- og sekundærimplementering i den enkelte afdeling, evaluere på resultaterne løbende efter ibrugtagning, og kommunikere gevinster ud til medarbejderne.

Som uddybning af anbefalingen kan det konkret foreslås, at regionen ikke kun måler kvantitativ succes ud fra, hvor mange forløb, der er i spil i praksis, men fx også måler på, hvor mange forløb der åbnes og læses af patienter, hvor meget tid der spares på telefonen for fx sekretærer, og lignende eksempler, som viser, at Forløbsguiden skaber en værdi i praksis. Dertil anbefales kvalitative succeskriterier som fx kunne være, at patienterne føler sig bedre forberedte, har mere ejerskab over forløb, og/eller at medarbejderne oplever, at det letter deres arbejde.

14.2. Anbefaling om vedligehold og forankring

Refleksionerne om opdeling af implementeringsprocessen i en primær og sekundær del fylder yderligere i fokusgruppeinterviewet, og konsulenterne reflekterer særligt over en oplevelse af, at udfordringerne med Forløbsguiden for klinikerne kommer i den sekundære del:

”Men noget andet er implementering på den sådan helt lange bane, når der begynder at ske personaleskift, når der også er andre projekter man skal interessere sig for, når der kommer ændringer til systemet, altså. Og det er jo der jeg for alvor synes at den vanskelige del af implementeringen ligger og nok også der hvor vi også nogle gange får nogle hovedbrud ift. hvordan fanden understøtter vi det her bedst, fordi der kan være rigtig rigtig mange forskellige ting på spil. Så for mig at se, så denne her sådan primære implementering øhm måske ikke altid der, hvor vi møder nogle af de her ting som står på kortene” (bilag 16, s. 64, l. 29).

Denne refleksion bekræfter det indtryk, jeg opbyggede i DEL 1 om, at der i den første tid og under de første møder (orienteringsmødet, workshoppen og forankringsmødet) ikke opleves store udfordringer hos klinikerne. Til de tre evalueringsmøder efter ibrugtagning er fokus flere steder derimod på de udfordringer, der er opstået undervejs frem for fokus på eventuelle gode resultater. Igennem min undersøgelse kan jeg se en bekræftelse af konsulenternes påstand om, at det er i sekundærfasen, der opstår udfordringer. Bl.a. personaleskift, som nævnes i citatet, er en faktor, som forskningsartiklerne fremlægger, har negativ indflydelse. De udfordringer i den sekundære fase, som konsulenterne nævner mest, er vedligeholdelse af tekniske kompetencer, når personale udskiftes, opretholdelse af motivationen, samt at få uddelegeret opgaven på tilstrækkelige medarbejdere. Denne oplevelse bekræfter min analyse i DEL 2, som skaber fokus på samme udfordringer. Ydermere ser jeg en sammenligning med fortællingen fra Kliniker 1 omkring, at arbejds møder efter ibrugtagning har omhandlet selve informationsindholdet frem for arbejdsgange og forankring, hvilket også ses af Konsulent B's fortælling her:

”Vi har lavet sådan en checkliste sådan til vedligehold altså sådan en gennemgang men det var meget sådan med fokus på altså vedligehold af indhold, hvor jeg sådan tænker vi mangler lidt fokus på hvordan vi understøtter brugen” (bilag 16, s. 70, l. 30).

Dette kan bekræfte fortolkningen af, at der kan mangle fokus på den sekundære fase i forhold til, hvordan arbejdsgange tilpasses og forankres, hvortil forskningsartiklerne understreger, at der er tendens til at undererkende netop vedligeholdelsesfasen i implementering. Det er interessant, hvorvidt konsulenternes fokus på vedligehold i primærfasen, påvirker klinikernes tilsvarende fokus på denne. Ud fra analysen vil jeg argumentere for, at implementeringskonsulenterne spiller en betydningsfuld rolle i klinikernes implementeringsproces, og at en opmærksomhed på, hvordan de informerer og vejleder afdelingerne, er relevant. Dette kommer jeg yderligere ind på senere i analysen.

Inddrages det teoretiske rammeværk til diskussionen af manglende fokus på den sekundære implementering, vil jeg nævne Grenny's 6. kilde til indflydelse, som bl.a. handler om, at man bør tilpasse et strukturelt element som arbejdsgange til at understøtte forandringen. Ift. arbejdsgange ser jeg Grenny's indledende anbefaling om først at identificere vital adfærd som relevant. Afdelingen kan på den måde fokusere på at ændre få afgørende arbejdsgange, som giver størst effekt. Ledelsen og arbejdsgruppen kunne arbejde for at udpege, *hvor* en konkret arbejdsgang omkring Forløbsguiden ville have indflydelse på, at patienterne fx åbnede forløbet eller at forløbet blev tildelt nok patienter i den daglige drift, og herefter arbejde for, at denne arbejdsgang bliver tilpasset til at understøtte udbredelsen af Forløbsguiden.

På samme måde understreger Kotter i sit 5. trin, at man bør styrke medarbejderens grundlag for handling ved at overkomme eventuelle forhindringer mod at forandringen kan udføres, fx ved at tilbyde den nødvendige støtte til oplæring og træning. Igen handler det om at skabe optimale betingelser for at Forløbsguiden kan bruges i det daglige.

I den sammenhæng reflekterer informanterne i fokusgruppeinterviewet over en mulig intervention, for at komme udfordringen i møde.

”Men det er jo der, vi nogle gange har snakket om det, om måden at komme omkring det, også det der med hvordan kunne afdelingen støttes og hvad kunne de selv gøre, altså der har vi jo nogle gange snakket omkring det her med, om vi skulle køre sådan en hel runde med ”service”, Servicebesøg, tilbyder at vi kommer og genbesøger dem det der med helt lavpraktisk at tage ud til dem og sige hey har I lige brug for at vi lige kigger på jeres forløb, er der nogle steder hvor vi lige sådan skal have pudset lakken en lille smule, er der nogen er der noget

kompetencevedligeholdelse I ligesom har brug for at vi lige tager en snak" (bilag 16, s. 66, l. 30).

Der gives udtryk for, at en intervention i form af "service-besøg" er noget, de har talt om før, og der reflekteres over, at denne indsats kunne være med til at opretholde motivation, kompetencer og nyeste viden om Forløbsguidens funktioner i afdelingen. Derudover lægges der vægt på, at det er en indsats som skal planlægges og drives af konsulenterne frem for klinikerne for at sikre, at det udledes, bl.a. fordi konsulenterne oplever, at mange afdelinger ikke melder tilbage ift. at planlægge et evalueringsmøde. Det at konsulenterne har tænkt på denne intervention viser, at de er opmærksomme på deres rolle i processen og ønsker at udbygge denne. I empirien fremgår en refleksion over egen rolle som implementeringskonsulent, der kan være under ændring fra en "igangsætter" til også at skulle være en "vedligeholder":

"Vi har sådan altså projektmæssigt kan man sige, Der er du jo en der løber ting i gang og så er det det skal bo et sted, hvor det så bliver holdt ved lige. Og "holdt ved lige"-delen har der ikke den har simpelthen ikke fået den opmærksomhed den skulle have endnu men det er nu den skal ha det" (bilag 16, s. 72, l. 30).

Her tolker jeg en vis motivation og overbevisning om, at dette fokus er vigtigt for informanten, og at tiden er inde til det. Ved at indføre de såkaldte service-besøg løbende i afdelinger, der er i gang med Forløbsguiden, vil jeg argumentere for, at Kotters trin 7 om at bygge videre på tidlige sejre og succeser ved at udvide og forstærke forandringerne, kan understøttes bedre. Gennem besøgene kan implementeringskonsulenterne understøtte klinikerne i at evaluere på deres resultater og vejlede til at overkomme eventuelle udfordringer. Kotters trin 7 indebærer at tilpasse og optimere arbejdsgangene løbende, hvilket bl.a. kunne gøres ved, at arbejdsgruppen indsamler feedback fra patienterne og identificerer områder, hvor appen kan forbedres eller hvor der er behov for justeringer i arbejdsgangene, hvilket implementeringskonsulenterne under disse service-besøg kan understøtte.

I analysen kommer jeg i forlængelse heraf frem til, at der af konsulenterne tolkes et behov for et skifte i organiseringen af arbejdet omkring Forløbsguiden, når afdelingen går fra produktion til drift og vedligehold. Især understreges arbejdsgruppens udformning som et fokus her, hvilket relateres til den udpegede faktor af samme navn i DEL 2. Her i DEL 3 tolkes hovedpointen at være, at ansvaret for Forløbsguiden godt kan ligge på få personer i den primære fase, hvor indhold skal laves, men derimod skal lægges over på langt flere personer, når løsningen tages i brug:

"Det har måske været meget fint i den primære implementering her, at få den lavet og Sådan noget, at hun måske bare har gået der og hun var jo, Det var og Det er jo fint forløb, men der

skal der skal bare ske et skifte der, så at der er Opmærksomhed på at gå fra produktion og første udgivelse til vedligehold den er så vigtig Det har måske været meget fint i den primære implementering her, at få den lavet og Sådan noget, at hun måske bare har gået der og hun var jo, Det var og Det er jo fint forløb, men der skal der skal bare ske et skifte der, så at der er opmærksomhed på at gå fra produktion og første udgivelse til vedligehold den er så vigtig” (bilag 16, s. 69, l. 17).

Det bekræfter analysen i DEL 2, hvor fx Kliniker 2 beskriver at være ene person på indholdsproduktionen, men at dette ikke er realistisk, når den skal udgives, hvor det bør løftes i fælles flok.

Det kan diskuteres, om udformningen af arbejdsgruppen med fordel kan være opdelt i en primær og sekundær gruppe, ligesom med målsætningerne. Det er muligt, at der findes medarbejdere, som har flest kompetencer inden for indholdsproduktionen fx via formidlingsevner, skriftlige kompetencer, erfaring med video osv. Hvorimod i den sekundære fase kan der være større behov for medarbejdere, der har kompetence til at inspirere og motivere andre til at følge trop og dermed tage rollen som *champions* til at få forandringen igennem i praksis. En sådan sammensætning af arbejdsgruppe i sekundærfasen kunne bidrage til Grenny's kilde 3 og dermed til at gøre det socialt ønskværdigt og populært at bakke op om forandringen.

Gennem denne diskussion konkluderes det, at der opleves et behov for ikke kun at fortsætte med at producere nye forløb, men også at sikre, at motivation og kompetencer opretholdes hos medarbejderne og at arbejds gange forankres omkring Forløbsguiden. Der opstilles derfor følgende anbefaling til interventioner:

- Til alle:
 - o hav større fokus på sekundærimplementering og forankring af arbejds gange.
- Til afdelingen:
 - o Identificér afgørende arbejds gange og tilpas disse til at understøtte Forløbsguiden
 - o Inddrag flere medarbejdere i arbejdsgruppen i sekundærfasen
 - o Overvej hvordan sammensætningen af medarbejderkompetencer bedst imødekommer henholdsvis primær- og sekundærfasen.
- Til implementeringskonsulenter:
 - o Indfør planlagte service-besøg på afdelingerne efter ibrugtagning til at understøtte motivation, kompetencer, videndeling og overvindelse af udfordringer på den lange bane.

14.3. Anbefaling om udbygning af konsulenternes rolle

Som nævnt reflekterede implementeringskonsulenterne over en mulig udvikling i deres roller fra at være igangsættere til at være mere inddraget i forankringsdelen af implementeringsprocesserne på afdelinger. Hertil diskuteres en tredje anbefaling som en uddybning af denne pointe. Konsulent B siger:

”Men der har også været en bevægelse i hele det der med at en designer har været sådan til en start er en designer bare altså en facilitator af noget, til at vi i højere grad hører derude, at de har brug for at vi kommer i højere grad og anbefaler eller siger, kunne det ikke være en god ide, altså vi kommer med noget helt konkret, så der er også sådan sket en bevægelse i forhold til vores rolle og hvad kan vi egentlig gå ud og sige” (bilag 16, s. 80, l. 13).

Det fremgår, at arbejdsgrupperne ude i afdelingerne efterspørger mere konkrete anbefalinger undervejs i processen fra konsulenterne, hvilket konsulenterne bevidst har holdt sig tilbage med, fordi de ville give den enkelte afdeling ejerskab over Forløbsguiden:

Konsulent B: ”Det har vi jo slet ikke turde gøre tidligere, fordi det har det har været DERES proces og det er dem der skulle have ejerskab over det men jeg tror vi skal ikke være så bange for det der ejerskab”

Konsulent A: ”Vi skal stemple ind”

Konsulent B: ”fordi hvis vi vil have succes med implementering og så bliver vi også nødt til at sige NOGET” (bilag 16, s. 80, l. 21).

Jeg ser hermed en refleksion over, at konsulenternes faciliterende strategi ikke har været tilstrækkelig, og at de ønsker at være mere aktive i deres arbejdsmetoder og synlige i deres anbefalinger. Det fremgår af fokusgruppeinterviewet, at et af de punkter, hvor konsulenterne tænker, de kunne være mere aktive, omhandler forventningsafstemningen med afdelingen om, hvad Forløbsguiden kan. Denne diskussion kommer i forlængelse af udfordringerne med faktoren ”Patientforløbs karakter” fra DEL 2, hvor forventninger blev udfordret i praksis ved individuelle patientforløb. Hertil fremkommer en diskussion om, at konsulenterne selv kan spille en rolle i at forebygge, at dette sker:

Konsulent A: ”Men altså den skal jo heller ikke rumme alt altså Det er jo der, der skal være et cut off, vi skal hjælpe dem til at have i deres” (bilag 16, s. 81, l. 18).

Konsulent B: ”så har vi jo også en opgave i forhold til at få sagt, hvad er det hvad er realistisk at forvente sig” (bilag 16, s. 81, l. 34).

Som opsamling på denne diskussion af en kortere pointe ud fra empirien kan det tolkes, at implementeringskonsulenterne med fordel kan bruge deres erfaring og ekspertise til at hjælpe klinikerne med konkrete anbefalinger til handlinger og forventninger, når de er ude og holde implementeringsmøder. Derfor opstilles følgende anbefaling til selve konsulenterne:

- Udbyg indholdet i jeres kommunikation til sygehusafdelingerne under implementeringsprocessen fra at være faciliterende til at være mere konkret vejledende:
 - o Vær tydelig omkring, hvad man kan forvente sig af Forløbsguiden i praksis
 - o Giv anbefalinger under workshoppen til, hvordan forløb bygges, på baggrund af jeres ekspertise
 - o Giv anbefalinger til konkrete arbejdsgange på baggrund af jeres ekspertise.

14.4. Anbefaling om anerkendelse af klinikernes kompetencer

Der fremkom af fokusgruppeinterviewet en fortolkning af, at klinikerne i arbejdsgruppen tillærer sig nye kompetencer, når de arbejder med implementeringen af en digital løsning som Forløbsguiden.

”Fordi det er også noget med, at det øh det er en ny måde at formidle på, som man skal lære at blive tryk ved øh at at alt for eksempel ikke skal være i tekst, lange tekststykker, men vi kan godt formidle med billeder og lyd. Det er en ny disciplin” (bilag 16, s. 67, l. 17).

Her ser jeg en refleksion over, at klinikerne, som hovedsageligt er uddannede sygeplejersker, ikke på forhånd kan forventes at have kompetencer inden for digital information eller projektledelse. Konsulenterne understreger, at klinikerne i arbejdsgruppen opnår nye kompetencer og at disse er afgørende for, at Forløbsguiden overhovedet kan bruges i en afdeling.

”For man kan sige, er de kompetencer der ikke i afdelingen så altså så dør baby Så man kan sige på den måde så bærer de jo en stor værdi, at man har folk i afdelingen, der har de kompetencer for ellers kan vi ikke have forløbsguide” (bilag 16, s. 76, l. 7).

Jeg ser her en understregning af vigtigheden af, at de rette kompetencer er til stede i en afdeling eller kan tillæres i arbejdsgruppen, for at Forløbsguiden giver mening i praksis. Dette kan bindes sammen med faktoren ”Arbejdsgruppens udformning” fra DEL 2, hvor det blev tydeligt, hvor stor betydning det rette antal af klinikere

i arbejdsgruppen samt deres kompetencer havde for implementeringen. En diskussion af betydningen af kompetencer kan også ses i forhold til tidligere anbefaling om at have fokus på, hvordan sammensætningen af medarbejderkompetencerne bedst imødekommer henholdsvis primær- og sekundærfasen. Det tolkes som et tværgående emne analyserne igennem og kan desuden underbygges af Kotters teori, som lægger vægt på vigtigheden af "den styrende koalition". Kotter argumenterer for, at forandringsprocessen sandsynligvis vil gå i stå og skabe forvirring og frustration uden denne styrende koalition, hvilket netop kan underbygge Konsulent B's ovenstående citat. De rette kompetencer i arbejdsgruppen tolkes i analysen dermed som afgørende. Dertil fremkommer i fokusgruppeinterviewet en diskussion af, at arbejdsgruppens kompetencer bør anerkendes mere:

"Jeg synes også jeg bliver, lige får lyst til at sige det der med, at de bliver anerkendt i at det også er en, det er en ting de kan, de har fået en ny kompetence altså. Det er ikke bare ingenting, at man er den forløbsguide ansvarlige og jeg altså, det kan noget, at man er det" (bilag 16, s. 75, l. 23).

Ud fra empirien ser jeg en gennemgående pointe om, at klinikerne for nuværende ikke anerkendes nok i deres arbejde med Forløbsguiden, ifølge konsulenterne. Her kan det diskuteres, hvem der bør anerkende kompetencerne mere, hvortil der fremkommer refleksioner over, at det er afdelingsledelsen, der ikke anerkender kompetencerne ved fx at give sygeplejersken en ny titel eller et tillæg, som kan tolkes som en form for belønning. Et konkret løsningsforslag kommer frem i empirien, hvor en konsulent skriver "Uddannelse" på et blankt kort på bordet og foreslår, at der etableres reelle kursusforløb i Forløbsguiden, hvor klinikerne får et officielt diplom, som kan stå som bevis for, at klinikerne faktisk har tillært sig nye kompetencer:

"Men jeg sidder bare og tænker på hvis nu man, så laver man et kursusforløb, hvor du lærer at blive forløbsguide-designer i egen afdeling, ikk? Og måske det faktisk kan være med til og sådan: Wow og du har diplom, så er du jo noget og så skal du jo faktisk have tid og ja, det er jo en særlig kompetence, det er ikke bare et lille hyggekursus" (bilag 16, s. 76, l. 15).

Et kursusforløb, som dette, vil jeg argumentere for, kunne kobles til Grenny's kilde 2 omhandlende at gøre den enkelte medarbejder i stand til at udføre forandringen ved at træne færdigheder og kompetencer, hvilket kan underbygge relevansen af forslaget om et kursus. I citatet argumenterer konsulenten for, at en officiel anerkendelse af kompetencerne vil kunne afføde mere tid til at arbejde med Forløbsguiden. Jeg ved fra DEL 2, at der findes udfordringer med at skabe tid og ressourcer nok til Forløbsguiden, og her ses et forslag til, hvordan dette muligvis kunne imødekommes. Det kan diskuteres, hvilke andre effekter en officiel anerkendelse kunne føre med sig. Inddrager man Grenny's teori, kan man argumentere for, at forslaget kunne bidrage til at gøre arbejdet med Forløbsguiden ønskværdigt for medarbejderen og motivere denne via belønning. Grenny's 5.

kilde omhandler design af et system, der kobler forskellige former for belønning til den nye adfærd. Grenny understreger, at det er selve den ønskede adfærd, der bør belønnes, og ikke resultater som fx hvor mange forløb medarbejderen har oprettet, da det ikke er sikkert, at resultater som det skaber en egentlig værdi. Derimod kan der ud fra hans synspunkt argumenteres for, at en tilegnelse af de rette kompetencer og dermed en nødvendig form for "adfærd" kan belønnes for at motivere medarbejderne. Det er muligt, at et krav om at have gennemført et officielt kursus, før man kan arbejde med implementeringen af Forløbsguiden i en afdeling, kan have en række fordelagtige følgevirkninger i praksis. Ud fra empirien kan man argumentere for, at det bliver tydeligere for ledelsen, at medarbejderen har fået nye kompetencer og ansvar, som ledelsen herefter kan anerkende ved at tildele medarbejderen tid til projektet og måske andre former for belønning (tillæg, titel). Dette kan øge motivationen for projektet hos medarbejderen. Dertil ville det muligvis også som helhed kunne styrke kompetencerne i arbejdsgruppen, som ses afgørende for implementeringen. På baggrund af dette opstilles følgende anbefaling:

- Afdelingsledelsen bør anerkende arbejdsgruppens medlemmers ansvar og nye kompetencer tilegnet gennem implementeringen af Forløbsguiden, fx via titel, tillæg, mere tid dedikeret til opgaven.
- Implementeringskonsulenter kan designe et officielt kursus i Forløbs-design og-implementering, som officielt kan underbygge en anerkendelse af medarbejderens nye kompetencer.

14.5. Anbefaling om netværk og informationsflow

Den sidste gruppe af anbefalinger, der analyseres frem i empirien, omhandler informationsflow og vidensdeling i forbindelse med implementering og drift af Forløbsguiden. Det fremkommer af fokusgruppeinterviewet, at konsulenterne ser det som en udfordring for dem selv, når personale udskiftes ude på afdelingerne, fordi der her kan ske et skifte i, hvem der er tovholder på Forløbsguiden. Udfordringen for konsulenterne ligger særligt i, at denne udskiftning ikke når ud til dem:

"Og det er der hvor vi har et problem øøøh fordi det er det der med data på hvem er det egentlig der ejer, hvem er det der har det, hvem er den, hvad er der sket? Fordi der mangler den der indsigt eller ja, mangler indsigt i, hvem er det egentlig der står for det" (bilag 16, s. 71, l. 21).

Citatet viser en udfordring i, at kontaktinformationer på tovholderne i hver afdeling ikke er tydelige og holdes opdateret for konsulenterne. Et notat fra observationer i DEL 1 beviser netop denne udfordring set i praksis: *”Jeg kan ikke huske hvem af jer, der er blevet sat op som kontaktperson til det?”* Mailen er blevet sendt til en, som ikke er en del af projektgruppen længere, derfor er den gået blind” (bilag 8, s. 19, l. 22).

Det kan diskuteres, om der sker et informationstab mellem afdeling og konsulenter ved udskiftning af personale ansvarlig for Forløbsguiden. Hvis konsulenterne ikke ved, hvem de kan tage fat i ift. initiativ til opfølgende møder, nye information osv., kunne man forestille sig, at dette hænger sammen med et tab af kompetencer og motivation hos klinikerne. Konsulenterne giver udtryk for et behov for at udvikle et værktøj, der kan holde data om tovholdere: *”Altså og der tror jeg vi bliver simpelthen, vi har ikke redskaberne til det lige nu vi bliver nødt til at udvikle det”* (bilag 16, s. 71, l. 23). *”Og det er jo det, for hvem er tovholdere, og der mangler der jo noget i systemet”* (bilag 16, s. 66, l. 23). *”Altså det er jo et datagrundlags-problem vi har her”* (bilag 16, s. 66, l. 29).

Det kan tolkes ud fra citaterne, at konsulenterne ønsker at Emento-systemet (den platform, der administrerer Forløbsguiden) udvikler en funktion, hvor data om kontaktpersoner registreres og holdes opdateres, således der ikke sker et tab af kontakt og information parterne imellem. Udviklerne fra Emento kunne her have en opgave i at forbedre systemet. Konsulenterne italesætter, at de på den måde kunne undgå at ”spamme” med mails til klinikere, der ikke længere er tilknyttet projektet. I forlængelse af denne udfordring ses en refleksion over, hvor meget og hvilken information, konsulenterne faktisk bør sende ud til disse kontaktpersoner ude i afdelingerne. Der diskuteres dertil, hvorvidt en implementering først er succesfuld, hvis afdelingen kan benytte alle de nyeste funktioner i løsningen og dermed opnå det ”fulde potentiale” af Forløbsguiden, eller om det vil være for overvældende, at skulle modtage så meget løbende information for en kliniker. Det fremkommer i diskussionen, at konsulenterne er usikre på, hvad der egentlig forventes af dem at kommunikere ud til sygehusene:

”Der står vi jo nogle gange med den udfordring, eller det er måske særligt vores forvalter omkring hvor meget skal der kommunikeres ud og hvem skal der kommunikeres ud til, hvis der lige pludselig er sådan syv sådan mindre funktionaliteter men lækre funktionaliteter om måneden, som vi kunne formidle til dem, der bruger det, men men kommer vi så til sådan at overdygne dem med nye features” (bilag 16, s. 66, l. 16).

Jeg læser af citatet, at konsulenterne mangler retningslinjer fra deres forvalter om, hvad forventningerne til vidensdelingsmængden til sygehusene er. Dette taler ind i refleksionerne fra trin 2 DEL 1, hvortil der kan diskuteres en mulig udfordring i Ementos design based tilgang, hvor løsningen hele tiden udvikles i takt med nyopdagede behov i klinikken, så nye funktioner kommer til. Jeg ser en udfordring i at holde klinikerne opdaterede på de nyeste funktioner, når de går i vagter frem for at have administrativt kontorarbejde, hvor det

er normalt at tjekke mail dagligt. Den indledende undren fra DEL 1 om udfordringen i at få "to verdener" til at mødes i kommunikationen uddybes hermed i fokusgruppeinterviewet. Emnet knytter sig til Grenny's 6. kilde til indflydelse omkring at tilpasse den strukturelle formåen til at understøtte forandringen, med særligt fokus på tekniske hjælpemidler og info-flow. Her relaterer jeg kilden til selve konsulenternes arbejde, da de spiller en stor rolle i at understøtte implementeringen. Analysen viser, at der mangler et teknisk hjælpemiddel for konsulenterne til at holde styr på kontaktinformation og dertil mangler de retningslinjer for, hvilken information, der skal deles hvornår. Ifølge Grenny er fordelene ved kilde 6, at materielle ting såsom info-flow og teknik ikke gør modstand mod en forandring, og derfor kan det diskuteres, om dette fokus er mere overkommeligt at understøtte i implementeringen. I denne udfordring ser jeg fire aktører involveret, idet udviklerne af Emento skal skabe værktøjet, forvaltningen i regionen skal sætte retningslinjerne for konsulenterne, konsulenterne skal dele viden til klinikerne, og klinikerne skal holde deres kontaktoplysninger opdateret.

I forhold til vidensdeling fremkommer også et fokus på, hvordan afdelingerne deler informationer indbyrdes under implementeringen. Her fortæller konsulenterne, at mange klinikere efterspørger indblik i, hvad andre afdelinger gør, når de bygger forløb i Forløbsguiden. Også her ses der ønsker til en løsning, der kunne understøtte en bedre vidensdeling mellem afdelingerne:

"at vi på en eller anden måde får skabt noget, der understøtter, de får øje på hinanden på tværs øhm kan vi gøre et eller andet der for at synliggøre. Og det er også igen noget med, hvilke data vi får leveret og hvor er det bedste sted ligesom at udstille det henne? Den snak er vi ikke færdig med endnu" (bilag 16, s. 74, l. 17).

Jeg ser en villighed fra konsulenternes side til at bidrage med at skabe forbindelser mellem afdelinger, så disse kan få information om, hvem der bygger lignende forløb og kan tage kontakt hertil ved behov. Til denne pointe skriver konsulent B et nyt kort "Netværk" under interviewet og tydeliggør med det, at hun finder det betydningsfuldt for implementeringen. Under deltagerobservationerne er det mit indtryk, at afdelingerne gerne vil dele erfaringer og indhold med hinanden, da der til møderne flere gange er inddraget en kliniker fra en anden afdeling, der er længere i implementeringen, som vil bidrage med erfaringer. Her er det konsulenterne, der faciliterer denne vidensdeling fra gang til gang. Ifølge Grenny's kilde 4 om social formåen, kan det understøtte et forandringstiltag, hvis der skabes et netværk, så folk kan hjælpe hinanden med at opnå kompetencer, og man kan derfor argumentere for, at dette indbyrdes netværk mellem sygehusafdelingerne kunne være med til at selvstændiggøre arbejdsgrupperne og frigøre dem mere fra konsulenterne.

Der er allerede skabt et officielt netværk i regionen for alle, der arbejder med Forløbsguiden, hvor konsulenterne forklarer, at de interesserede mødes hver tredje måned i en stor forsamling, hvor der faciliteres

vidensdeling mellem både udviklere, konsulenter og klinikere med et udvalgt fokus hver gang. Der er en oplevelse af, at et sådant netværk er med til at give fornyet motivation til arbejdsgrupperne:

”Hvis man siger, hvilken betydning har det, netværket, for afdelingens succes, det tror jeg faktisk har stor betydning, fordi vi oplever, at de kommer og nogle gange er sådan lidt måske gået lidt halvdøde i den og så får de en ny rejst, den, de smitter, gejsten smitter” (bilag 16, s. 74, l. 5).

Der argumenteres derudover for, at netværket bidrager til, at klinikerne ikke føler sig alene med projektet, og især fremkommer en pointe om, at blot det, at der afsættes *tid* til at ”nørde” Forløbsguiden kan bidrage til en øget motivation, fordi der gives plads til at koncentrere sig om projektet. Denne pointe knyttes til faktoren ”tid” fra DEL 2 og viser igen, hvor stor betydning denne faktor har for klinikernes engagement. Men selvom et sådant officielt netværk findes, argumenteres der fortsat for et behov for at udbygge et internt netværk mellem sygehusene for at understøtte motivation og vidensdeling endnu mere:

”så én ting er det netværk, som der faktisk er skabt, men en anden ting er det netværk, som de skaber indbyrdes det mener jeg faktisk er en nøglespiller” (bilag 16, s. 74, l. 22).

På baggrund af denne del af analysen omhandlende netværk, vidensdeling og info-flow opstilles de sidste anbefalinger således:

- Til regionens forvaltning: lav retningslinjer for, hvilken information, konsulenterne bør dele med de ansvarlige for Forløbsguiden på sygehusene
- Til udviklere og konsulenter:
 - o samarbejd om at udvikle et værktøj i Emento, som kan drifte kontaktoplysninger mellem konsulenter og tovholdere
 - o samarbejd om at skabe en platform, hvor viden om arbejdet med Forløbsguiden kan deles indbyrdes mellem sygehusafdelinger
- Til alle aktører: Fortsæt med at prioritere netværksmøder som hidtil

15. Opsamling på DEL 3

Gennem en abduktiv analyse bidrog empiri og teori i en vekselvirkning til at fortolke, hvilke tiltag der med fordel kan gøres, for at understøtte implementeringen af Forløbsguiden. Forståelsen for de udpegede betydningsfulde faktorer blev løbende inddraget til at underbygge relevansen af de tolkede udfordringer, og det teoretiske rammeværk underbyggede undervejs relevansen af de udarbejdede anbefalinger til at understøtte et forandringstiltag i form af implementeringen af Forløbsguiden. Der blev udarbejdet anbefalinger til aktører bestående af både udviklere, regionens forvaltning, implementeringskonsulenterne, afdelingsledelse og klinikere i arbejdsgruppen, hvilket viser kompleksiteten af, hvor mange elementer, der er i spil i en implementeringsproces som denne, og at alle aktører kan bidrage. En diskussion af analysens fund fremlægges i diskussionsafsnittet, og en samlet opsummering af fund vises i specialets konklusion.

16. Diskussion af specialet og dets fund

Metode og teori er diskuteret løbende gennem specialet, hvor det præsenteres, forud for dets anvendelse. I dette diskussionsafsnit ønsker jeg retrospektivt at diskutere, hvilken betydning metode- og teorivalg kan have haft for specialets fund.

16.1. Sammenhæng mellem fund i DEL 2 og 3

Den eneste faktor fra DEL 2, der ikke blev aktivt inddraget i tredje analyse, var "Appens teknik og opbygning." Dette fordi empirien i DEL 3 ikke lagde op til en diskussion af selve dennes betydning. Dog vil jeg argumentere for, at faktoren har stærk sammenhæng med "patientforløbets karakter", som blev inddraget i DEL 3, og derfor ses faktoren ikke som helt udeladt. Jeg vil argumentere for, at det har været værdifuldt at opbygge DEL 2 og 3 på den valgte måde, hvor faktorer først blev udpeget gennem undersøgelse af praksis, og herefter blev konsulenterne bedt om at diskutere de udpegede faktorer samt deres egne oplevelser af praksis. På den måde blev den hermeneutiske forståelses- og fortolkningsproces bibeholdt frem for at skabe to individuelle analyser.

16.2. Anvendelsen af teori til underbygning af fund

Måden teorierne blev anvendt i analysen var præget af, at de 8 trin og de 6 kilder kunne uddybe og nuancere, hvad klinikerne eller konsulenterne kunne mangle i deres arbejde med implementeringen. Når en udfordring blev udfoldet i analysen, fandt jeg det relevant, at teorierne på skift kunne underbygge, hvorfor netop denne udfordring kan være relevant og dertil bidrage til argumenter for løsningsforslag.

Gennem analysen blev alle seks af Grenny's kilder til indflydelse inddraget til diskussion. Udarbejdelsen af anbefalingerne kommer omkring alle kilderne, hvilket ifølge Grenny er optimalt for at understøtte forandringen af adfærd. Det er interessant, at analysens fund kunne knyttes så tæt til denne teori, da analysen var empirisk drevet og ikke teori-testende.

Ser man på Kotters teori, var et af analysens fund, at både sygehusafdelinger og implementeringskonsulenter ikke arbejdede ud fra en tydelig vision og strategi (trin 3). Skulle man anvende hans teori som trin fastlåst i den bestemte rækkefølge, ville et resultat være, at afdelingerne i specialets kontekst kun var nået til trin 3 i implementeringsprocessen. På grund af den valgte dynamiske måde at anskue trinene på, med inspiration fra kritik og hans udgivelse i 2015, blev det alligevel muligt for mig at inddrage efterfølgende trin til at underbygge de udfordringer og anbefalinger dertil, der fandtes i analysen. Kotters teori bidrog til at underbygge og tydeliggøre forståelsen af, at sygehusafdelingerne i Region Midtjylland fra et forandringsledelsesperspektiv ikke

var kommet længere i implementering end til en udrulning af Forløbsguiden og begyndende brug i praksis, men ikke havde formået endnu at forankre selve forandringen og begyndt at skabe ønskede resultater.

16.3. Valg af undersøgelseskontekst

Det at vælge en bred case-kontekst som Region Midtjylland og inddrage flere sygehusafdelinger samt både klinikere og konsulenter som informanter har bidraget til, at jeg har skabt nuancerede fund og opnået en dybere forståelse for helheden af implementeringen af Forløbsguiden. Et eksempel kan være betydningen af patientforløbets karakter, som muligvis ikke ville være udpeget på denne måde, hvis det kun var kliniker 1's afdeling, der var inddraget, eller kun konsulenterne, da denne faktor ikke blev oplevet som en udfordring her. Ved at inddrage flere afdelinger, blev en udfordring omkring patientforløbets karakter identificeret, og denne forståelse kunne herefter være med til at forklare, hvorfor det netop *ikke* var en udfordring for fx kliniker 1, hvilket bidrog til mere detaljeret forståelse af faktoren. Med implementeringsprocessen som en helhed i fokus for undersøgelsen vil jeg derfor argumentere for, at den brede praksisanskuelse med inddragelse af mange del-elementer, har været værdifuld.

16.4. Det iterative undersøgelsesdesign

Det er relevant at reflektere over, hvilken mulig påvirkning det har haft for identificeringen af problemformuleringen, at første kontakt med feltet var med implementeringskonsulenter. Havde min kontaktperson i stedet været en sygeplejerske, ville fokus for undersøgelsen muligvis være gået i en anden retning. Den indledende forståelse for feltet gennem konsulenterne har dannet den forforståelse, som efterfølgende undersøgelser har bygget videre på. Dette ser jeg ikke som en svaghed i specialet, men derimod vil jeg argumentere for, at det er indbegrebet af en hermeneutisk og iterativ tilgang.

Nogle opmærksomhedspunkter, jeg dog har dannet undervejs i processen, omhandler, hvordan det iterative undersøgelsesdesign kan afføde en tidskrævende og omfattende undersøgelse. Jeg har med mit valgte design løbende indhentet ny empiri og løbende analyseret på denne. For det første har dette været tidskrævende, fordi jeg har foretaget mange undersøgelser i feltet, som har krævet forberedelse og efterfølgende fortolkning for hvert trin. For det andet har den løbende analyse krævet plads i udformningen af selve opgaven, hvilke kan have taget plads væk fra uddybende detaljer i fx diskussioner af dataindsamlingsmetoder og teori. Jeg vil argumentere for, at det at prioritere en indledende eksplorativ forundersøgelse skaber kvalitet i specialet, da den problemformulering, som danner grundlag for specialet, herigennem begrundes, og det gøres explicit, hvorfor den er relevant. Dette underbygges i metodelitteratur om hermeneutik således:

”Hermed er de første analyser med til at kvalificere forskerens forståelse og kan således give anledning til nye spørgsmål, der i udgangspunktet ikke var tænkt på. På den måde er analyser af data, efterhånden som de indsamles, med til at sikre en gradvis styrket forståelse af de studerede fænomener. Denne øgede forståelse ville ikke være mulig, hvis forskeren fx havde stillet de samme spørgsmål og havde ventet med at analysere materialet, til alle interviews var gennemført” (Kristiansen, 2017, s. 209).

En konsekvens kan dog være, at antallet af undersøgelser kan medføre, at nogle nuancer i analyse og diskussion af undersøgelserne må udelades. Derudover kan det med den hermeneutiske cirkulære forståelse være vanskeligt at vurdere, hvornår man har udført tilstrækkeligt antal fortolkningstrin for at opnå en tilstrækkelig dybdegående forståelseshorisont, da iterationerne i princippet kan fortsætte i det uendelige. Det iterative undersøgelsesdesign ses overordnet som værdiskabende i dette speciale.

16.5. Generaliserbarhed

Selvom specialet inddrager en bred række af informanter, er dette kun et udsnit af virkeligheden. De udpegede faktorer i DEL 2 kan derfor antages at se anderledes ud, hvis undersøgelsen var foretaget gennem andre afdelinger end de inddragede. På samme måde kan anbefalingerne ændre sig, hvis andre informanter inddrages i DEL 3. Analysernes fund skal derfor forstås i lyset af den kontekst, de er undersøgt i, og vurderes ikke som generaliserbare for alle sygehusafdelinger. Specialet har skabt et dybdegående indblik i implementeringen af Forløbsguiden og opfylder det primære mål for kvalitative undersøgelser: ”at indsamle livsnære og nuancerede informationer og at tolke disse i forhold til deres kontekst” (Harboe 2006, 32). Som Brinkmann og Kvale (2015) forklarer det, giver jeg ”afkald på denne søgen efter sande, faste meningsindhold og lægger vægt på deskriptive nuancer, forskelle og paradokser. Det forhold, at forskellige fortolkere konstruerer forskellige meninger af en interviewhistorie, er således ikke noget problem, men derimod noget af det frugtbare og stærke” (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 282).

17. Konklusion

Dette speciale har til formål at undersøge, hvordan klinikere på sygehusafdelinger i Region Midtjylland kan understøttes bedre i deres implementering af Den Digitale Forløbsguide. Dette fokus udpeges som relevant i specialets forundersøgelse og problemidentifikation (DEL 1) gennem en eksplorativ undersøgelse af evalueringsrapporter om Forløbsguiden i praksis, samtaler med implementeringskonsulenter, og deltagelsesobservationer til møder under implementeringsprocessen. Specialets hovedundersøgelse består af to del-analyser (DEL 2 og 3), som til sammen forsøger at besvare problemformuleringen.

Analysen i DEL 2 har gennem afdækning af eksisterende forskning, semistrukturerede interviews med klinikere samt deltagerobservationer til evalueringsmøder udpeget seks overordnede faktorer, som kan have betydning for klinikernes implementeringsproces. Faktorerne består af: tid til at arbejde med Forløbsguiden, arbejdsgruppens betydning, karakteren af patientforløb, appens teknik og opbygning, målsætning og evaluering af resultater, og forankring af nye arbejdsgange. Forståelsen, der er opbygget gennem udpegning af disse faktorer og undersøgelsen af deres betydning, inddrages videre i DEL 3, hvor den diskuteres af implementeringskonsulenter via et fokusgruppeinterview samt med inddragelse af teori om forandringsledelse bestående af Kotter's 8-trinsmodel og Grenny's seks kilder til indflydelse. Resultatet af DEL 3 er udformningen af en række konkrete anbefalinger til både regionens forvaltning, udviklerne, implementeringskonsulenterne og klinikerne, der står for implementeringen.

I denne konklusion er specialets fund knyttet sammen under tre overordnede emner, der kan rumme resultaterne fra DEL 2 og 3 og forbindelsen mellem disse.

17.1. Understøttelse af klinikernes tid og ressourcer

Analysen viser, at det kan være en udfordring for klinikerne at finde den nødvendige tid til at arbejde med Forløbsguiden, og at der findes konkurrerende projekter, hvorfor Forløbsguiden kan blive nedprioriteret ressourcemæssigt. Konsekvensen af tid væk fra projektet kan være svækkelse af motivation og tekniske kompetencer. Analysen viser, at det kan have betydning, hvorvidt medlemmerne i arbejdsgruppen er udvalgt på baggrund af interesse, kompetencer eller af nød. Derudover kan det være sårbart eller have negative konsekvenser for implementeringen, hvis ikke projektet løftes af et tilstrækkeligt antal medarbejdere. Afdelingsledelsen kan imødekomme udfordringer som disse ved at italesætte og prioritere Forløbsguiden som en skal-opgave i afdelingen, så tid og ressourcer afsættes. En øget anerkendelse af klinikernes ansvar og tilegnede kompetencer kan ligeledes understøtte øget arbejdstid frigivet til Forløbsguiden. Implementeringskonsulenterne kan fx udarbejde et officielt kursus i Forløbsdesign og -implementering, hvor

klinikerne får et bevis for deres nye faglige kompetencer, hvilket kan underbygge ledelsens anerkendelse og afføde belønninger, fx i form af tid, ressourcer, tillæg eller ny arbejdstitel. Tiltag som dette kan modvirke en mulig svækkelse i motivation og kompetencer. Analysen konkluderer også, at det kan have positiv betydning for implementeringsprocessen, hvis arbejdsgruppens medlemmer udvælges på baggrund af personlig interesse og kompetencer.

17.2. Understøttelse af implementering på den lange bane

Specialet finder, at der for klinikere er manglende fokus på at udarbejde konkrete målsætninger og strategi for at opnå disse på længere sigt. Også for implementeringskonsulenterne savnes definerede målsætninger for deres indsats udover kvantiteten af nye Forløb, der oprettes, og disse målsætninger bør udarbejdes af regionens forvaltning. Målsætninger for Forløbsguiden anbefales at indeholde kvantitative og kvalitative succeskriterier, som skaber værdi for patienter og/eller medarbejdere på den lange bane. Dertil anbefales det, at klinikerne løbende evaluerer på deres resultater og kommunikerer disse ud til medarbejderne for at opretholde fokus og motivation.

Analysen viser, at der i implementeringsarbejdet mellem konsulenter og klinikere er overvejende fokus på den del, specialet kalder primærimplementering, som indebærer selve produktionen af indhold i Forløbsguiden. Specialet konkluderer, at sekundærimplementeringen, hvor nye arbejdsgange skal skabes, erfaringer skal evalueres, og viden og kompetencer skal fastholdes og udbygges, mangler fokus. For at understøtte implementeringen, kan der med fordel inddrages flere klinikere i arbejdsgruppen i sekundærimplementeringen, eventuelt udvalgt ud fra kompetencer inden for forandringsledelse, oplæring og motivering af kollegaer. Og der bør afsættes mere tid til løbende indsatser ift. evaluering af arbejdsgange og målsætninger. Implementeringskonsulenterne kan indføre såkaldte service-besøg i afdelingerne efter ibrugtagning, som skal bidrage til at opretholde klinikernes motivation og tekniske kompetencer, samt skabe øget støtte, vidensdeling og forebyggelse af udfordringer på den lange bane.

17.3. Understøttelse af vidensdeling og kommunikation

I specialet skabes en forståelse for, at Forløbsguidens design og tiltænkte anvendelse via information koblet til bestemte tidspunkter i et patientforløb kan skabe forskellige udfordringer for klinikerne. Især meget individuelle patientforløb samt systemets manglende integration til klinikernes booking-system har været oplevet som barrierer for implementeringen. Til at understøtte udfordringer koblet til selve anvendelsen af Forløbsguiden kan implementeringskonsulenterne med fordel udbygge deres rolle fra at være faciliterende til at være mere aktivt involverede og konkret vejledende, så der skabes tydelig forventningsafstemning omkring Forløbsguidens muligheder fra start og gives anbefalinger undervejs ud fra deres ekspertise og erfaringer.

Vidensdelingen mellem konsulenter og klinikere kan understøttes i den længerevarende fase gennem etablering af faste kommunikationskanaler, hvor data om udskiftning af kontaktpersoner samt tekniske opdateringer formidles, således information ikke går tabt og påvirker implementeringen negativt. Der kan udvikles et værktøj, som kan holde kontaktoplysninger på tovholderne på sygehusene opdateret for konsulenterne. Der kan også skabes retningslinjer for, hvilke informationer, konsulenterne bør dele med klinikkerne ift. Forløbsguidens løbende udvikling. Analysen viser, at vidensdeling sygehusene imellem kan understøtte deres implementeringsarbejde, hvilket kan skabes i form af en samlet platform, hvor informationsindhold og erfaringer gøres synlige sygehusene imellem til understøttelse af et internt netværk.

18. Referencer

- Aarhus Universitetshospital. (2018). *Digital patientguide til barselsforløb. Erfaringer & resultater fra Kvindesygdomme og Fødsler, AUH*. Hentet 30. Januar 2024 fra:
https://assets.ctfassets.net/8eaotls8wqkz/3eMg3wx9Oo1imEu3cJ1RWs/d02cfd29236ff86c8721918b9203b6bf/EFK_Rapport.pdf
- BIBLIOGRAPHY Brinkmann, S. (2015). Kapitel 23. Etik i en kvalitativ verden. I L. Tanggaard , & S. Brinkmann, *Kvalitative metoder* (3. udgave) København: Hans Reitzel.
<https://kvalitativemetoder.ibog.studybox.dk/?id=156>
- Brinkmann, S., & Kvale, S. (2015). *Interview. Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.
- DEFACTUM. (2020). *Evaluering af den digitale forløbsguide på AUH*. Aarhus: Koncern Kvalitet, Region Midtjylland.
- DEFACTUM. (2021). *Evaluering af den digitale forløbsguide til et akut forløb. Patienter med blindtarmsbetændelse*. Aarhus: Region Midtjylland.
- Dietz Toppenberg, M., & Melchior, C. (2023). *DSR Fag&Forskning*. Hentet 18. Januar 2024 fra
<https://dsr.dk/fag-og-udvikling/fag-og-forskning/app-som-introduktion-af-nyansatte/>
- Emento. (u.d.). *emento*. Hentet Februar 2024 fra "om emento": <https://www.emento.dk/om-emento/>
- Grenny, J., Patterson, K., Maxfield, D., McMillan, R., & Switzler, A. (2013). *Influencer. The New Science of Leading Change*. United States of America: 2. McGraw Hill Education, Vital Smarts, LLC.
- Haddaway, N. R., McGuiness, L. A., Pritchard , C. C., Page , M. J., & Wasey, J. (Juni 2022). *PRISMA Flow Diagram*. Hentet 27. Marts 2024 fra PRISMA: https://estech.shinyapps.io/prisma_flowdiagram/
- Halkier, B. (2015). Kapitel 6. Fokusgrupper. I S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder*. 3. udgave. København: Hans Reitzel. <https://kvalitativemetoder.ibog.studybox.dk/?id=1>.
- Harboe, T. (2006). *Indføring i samfundsvidenskabelig metode*. Forlaget Samfundslitteratur. 4. udgave.
- Hasse, C. (2011). Kapitel 4.0 Det empiriske felt: positionen. I C. Hasse, *Kulturanalyse i organisationer: begreber, metoder og forbløffende læreprocesser* (s. 111-144). Samfundslitteratur.

- Københavns Kommune. (2019). *Digital Forløbsguide til borgere med et misbrug*. Hentet 20. Januar 2024 fra <https://assets.ctfassets.net/8eaotls8wgkz/3iGIIxfUjQaDfJBC1drNlm/9c3cdaf740256c080b59219cac1baf8d/Evalueringsrapport-CRK-KK.pdf>
- Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Boston, Massachusetts, United States of America: Harvard Business Review Press. (Udgave udgivet i 2012) Originaludgave 1996.
- Kotter, J. P. (2015). *Acceleration - strategisk smidighed i en foranderlig verden* (1. udgave, 1. oplag). København K: Gyldendal Business.
- Kristiansen, S. (2017). Hermeneutisk analyse. I M. Jarvinen, & N. Mik-Meyer, *Kvalitativ analyse - syv traditioner* København: Hans Reitzel. <https://kvalitativanalyse-syvtraditioner.ibog.studybox.dk/?id=133Kristiansen>
- Malo, J.-L., Appelbaum, S., Habashy, S., & Shafiq, H. (August 2012). Back to the future: revisiting Kotter's 1996 change model . *Journal of Management Development*, Vol 31(8), s. 764-782.
DOI:10.1108/02621711211253231
- Region Midtjylland. *Sundhed - Region Midtjylland*. Praktisk information- Forløbsguide. Hentet 3. Februar 2024 fra: <https://www.sundhed.rm.dk/praktisk-information/forloebsguide/>
- Ross, J., Stevenson, F., Lau, R., & Murray, E. (2016). *Factors that influence the implementation of e-health: a systematic review of systematic reviews (an update)*. *Implementation Science* 11:146. Udgivet 2016.
DOI 10.1186/s13012-016-0510-7
- Scott, S. D., Osmond, M. H., O'Leary, K. A., Graham, I. D., Grimshaw, J., Klassen, T., & PERC. (2009). *Barriers and supports to implementation of MDI/spacer use in nine Canadian pediatric emergency departments: a qualitative study*. *Implementation Science* 4:65. Udgivet 13. oktober 2009
DOI: 10.1186/1748-5908-4-65:
- Sprogøe, J., & Brandi, U. (2019). *Det magiske øjeblik*. København: Hans Reitzel.
<https://detmagiskeoejeblik.ibog.studybox.dk/?id=129>
- Szulevicz, T. (2015). Kapitel 3. Deltagerobservation. I S. Brinkmann, & L. Tanggaard, *Kvalitative metoder* . København: Hans Reitzel. <https://kvalitativemetoder.ibog.studybox.dk/?id=1>.
- Thorborg, S. (2013). Kapitel 1. Kotters 8-trinsmodel. I *Forandringsledelse*. København: Hans Reitzel.
<https://forandringsledelse.ibog.studybox.dk/?id=131>

Zins, C. (2000). *Success, a structured search strategy: Rationale, principles, and implications*. Journal of the American Society for Information Science, 51(13), 1232–1247.

DOI:10.1002/1097-4571(2000)9999:9999<:AID-ASI1034>3.0.CO;2-2

Zurynksi, Y., Ludlow, K., Testa, L., Augustsson, H., Herkes-Deane, J., Hutchinson, K., Damme. (2023). *Built to last? Barriers and facilitators of healthcare program sustainability: a systematic integrative review*. Implementation Science 18:62. Udgivet 2023. DOI 10.1186/13012-023-01316-x.

20. Bilagsoversigt

Bilag 1: Liste over anvendte figurer og billeder

Bilag 2: Oversigt over informanter

Bilag 3: Uformelt interview på telefon

Bilag 4: Uformelt interview på TEAMS

Bilag 5: Deltagerobservation orienteringsmøde

Bilag 6: Deltagerobservation opstartsworkshop

Bilag 7: Deltagerobservation forankringsmøde

Bilag 8: Deltagerobservation evalueringsmøde

Bilag 9: Søgeprotokol for litteraturstudie

Bilag 10: Interviewguide semistruktureret interview

Bilag 11: Interview med kliniker 1

Bilag 12: Interview med kliniker 2

Bilag 13: Deltagerobservation evalueringsmøde 2

Bilag 14: Deltagerobservation evalueringsmøde 3

Bilag 15: Interviewguide fokusgruppeinterview

Bilag 16: Fokusgruppeinterview